

Université de Montréal

Étude des perceptions du trouble de stress post-traumatique parmi des militaires canadiens
et leur conjointe.

Par Audrey Gallant

École de service social
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de Maître es Science
en Service Social

Septembre 2015

© Audrey Gallant, 2015

Résumé

Cette recherche vise à explorer la satisfaction à l'égard des services reçus par les militaires diagnostiqués d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) et leur conjointe, ainsi qu'à comprendre leurs besoins et le sens donné au TSPT. Nous utilisons l'analyse qualitative exploratoire comme méthode d'analyse de données.

Nous découvrons d'une part que les militaires et les conjointes rencontrées souhaitent recevoir des services adaptés à leur situation particulière (cas par cas) et d'autre part, que tous les répondants ont le besoin commun que l'on reconnaisse leurs sacrifices. Pour les militaires, une manière de reconnaître ces sacrifices serait de respecter leurs souhaits et leurs demandes en ce qui concerne les soins. Une prise en charge complète de l'aspect administratif du rétablissement et de la libération serait également souhaitable lorsqu'indiquée.

Nous trouvons également des différences entre les militaires ayant reçu un diagnostic de TSPT il y a plus de 5 ans et ceux qui l'ont reçu récemment. Nous proposons des hypothèses liées à ces différences.

Finalement, les lacunes importantes en ce qui concerne les services offerts aux conjointes sont le manque de connaissance de ces dits services par les conjointes, la stigmatisation et la perception négative qu'ont les conjointes à l'égard du principal prestataire de service, les centres de ressources pour les familles des militaires.

Cette étude nous permet de faire des recommandations en lien avec les résultats trouvés.

Mots clés : Trouble de stress post-traumatique; militaires; conjointes; forces armées canadiennes; besoins; besoins psychosociaux; satisfaction; services.

Abstract

This research paper aims to explore satisfaction regarding the services offered to members of the military diagnosed with post traumatic stress disorder (PTSD) and their spouses, understand their needs and the meaning given to PTSD. We used an exploratory qualitative research design. We discovered that the military members and their spouses interviewed wished to receive services adapted to their specific situations (case by case) and that all had the common need of being recognized for their military service and corresponding sacrifices. For military members a way of recognizing their service would be to respect their wishes and demands regarding their care and treatments. They also wish for complete support in relation to the administrative aspect of the recovery and release when indicated.

We also find differences between members of the military that received a PTSD diagnosis more than 5 years ago and those who were recently diagnosed. We propose hypothesis linked to those differences.

The lack of knowledge of the services by the spouses, stigmatization and the negative perceptions that the spouses have on the principal service provider, the military family resources centres are the principal gaps we discovered regarding services offered to the spouses.

This study permits us to make recommendations linked to the results we found.

Key words: post traumatic stress disorder; military; spouses; canadian armed forces; needs; psychosocial needs; satisfaction; services

Table des matières

RÉSUMÉ	I
ABSTRACT	II
LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES SIGLES	IV
REMERCIEMENTS	V
ÉTUDE DES PERCEPTIONS DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE PARMI DES MILITAIRES CANADIENS ET LEUR CONJOINTE..... 2	
INTRODUCTION.....	2
LE CONTEXTE DE CETTE RECHERCHE	3
LA PERTINENCE DE CETTE RECHERCHE EN SERVICE SOCIAL	4
LA QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	6
CHAPITRE UN : PROBLÉMATIQUE	7
1.1 L'ADMISSION DU TSPT COMME PROBLÈME SOCIAL	7
1.1.1 La découverte du TSPT.....	7
1.1.2 La propagande.....	9
1.1.3 L'institutionnalisation du TSPT	11
1.2 LES CONTROVERSES ET LES CRITIQUES ENTOURANT LE TSPT.....	12
1.3 LES MODELES EXPLICATIFS DU TSPT	14

1.4 LE CONTEXTE DU TSPT DANS LES FORCES ARMEES CANADIENNES	16
1.5 LA PRÉVALENCE AU SEIN DES FORCES ARMÉES CANADIENNES	20
<i>Tableau I – Comparaison des taux de 2002 et 2013 pour le TSPT</i>	<i>20</i>
1.6 LES EFFETS DU TSPT CHEZ LES MILITAIRES	22
1.7 LE SOUTIEN SOCIAL ET LE TSPT	23
1.8 LES EFFETS DU TSPT SUR LES CONJOINTES DE MILITAIRE ET LA RELATION CONJUGALE	25
1.9 LE RÉSUMÉ DES CONNAISSANCES	27
CHAPITRE DEUX : THÉORIES.....	29
2.1 LA POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE	29
2.2 LE PARADIGME CONSTRUCTIVISTE	29
2.3 LES THÉORIES D'ANALYSE DE DONNÉES	31
CHAPITRE TROIS : MÉTHODOLOGIE	35
3.1 LA MÉTHODOLOGIE	35
3.2 L'ANALYSE DES DONNÉES.....	36
3.2.1 La codification	36
3.2.2 La catégorisation	37
3.2.3 La mise en relation	37
3.3 LA VALIDATION	38
3.4 L'ÉCHANTILLONNAGE	39
3.5 LE RECRUTEMENT	40
3.6 LA COLLECTE DE DONNÉES.....	41
3.7 LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	41
3.8 LA DÉFINITION DES CONCEPTS	42
CHAPITRE QUATRE : RÉSULTATS	45

4.1 LE PORTRAIT DES RÉPONDANTS	45
<i>Tableau II - Profil des militaires</i>	45
4.1.1 Les motivations d' enrôlement chez les militaires	45
4.1.2 Les valeurs et la perception que les militaires ont d'eux-mêmes	46
4.1.3 Les perceptions des conjointes à l'égard des militaires	46
<i>Tableau III- Profil des conjointes</i>	47
4.1.4 Les rôles et responsabilités des conjointes	47
4.2 LES SERVICES QUI ONT ÉTÉ OFFERTS AUX MILITAIRES ET À LEUR CONJOINTE.....	48
<i>Tableau IV - Les services offerts par les FAC et les services utilisés par les militaires</i>	49
4.3 LE SENS DONNÉ AU DIAGNOSTIC DE TSPT PAR LES MILITAIRES ET DE LEUR CONJOINTE	50
4.3.1. Les motifs de consultations chez les militaires	50
4.3.2. Les diagnostics reçus et les réactions des militaires	51
4.3.3 Les informations dites aux membres de l'entourage.....	52
4.3.4 Le sens qui est donné au diagnostic de TSPT par les militaires	53
4.3.5 Les motifs de consultations chez les conjointes.....	54
4.3.6 Le diagnostic du conjoint.....	55
4.3.7 Les informations dites aux membres de l'entourage.....	56
4.3.8 Le sens qui est donné au TSPT par les conjointes	56
4.4 LES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES MILITAIRES ET LEUR CONJOINTE	57
<i>Tableau V - Comparatif militaire et conjoint</i>	58
4.5 LES ATTENTES DES MILITAIRES ET LEUR CONJOINTE À L'ÉGARD DES SERVICES OFFERTS PAR LES FORCES ARMÉES	
CANADIENNES.	58
<i>Tableau VI – Les attentes des militaires et leur conjointe</i>	59
4.6 LA SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES REÇUS	59
<i>Tableau VII – Satisfaction nommée à l'égard des services utilisés (militaires)</i>	60

<i>Tableau VIII - Satisfaction nommée à l'égard des services utilisés (conjointes).....</i>	<i>61</i>
4.7 LES PISTES DE SOLUTIONS PROPOSÉES PAR LES MILITAIRES ET LEUR CONJOINTE.....	61
<i>Tableau IX - Les besoins et les solutions.....</i>	<i>62</i>
CHAPITRE CINQ : DISCUSSION	64
5.1 LES MILITAIRES ET LES CONJOINTES	64
<i>Tableau X - Schéma de mise en relation des catégories.....</i>	<i>64</i>
<i>5.1.1 Le sens donné au TSPT.....</i>	<i>64</i>
<i>5.1.2 Les besoins identifiés</i>	<i>68</i>
<i>5.1.3 Les attentes et la satisfaction face aux services</i>	<i>69</i>
<i>5.1.4 Les solutions envisagées par les militaires et leur conjointe</i>	<i>70</i>
5.2 L'ACCÈS AUX SOINS.....	71
<i>5.2.1 La médicalisation du TSPT</i>	<i>71</i>
<i>5.2.2 L'étiquetage et la stigmatisation.....</i>	<i>73</i>
<i>5.2.3 La carrière de déviant.....</i>	<i>73</i>
CHAPITRE SIX : RECOMMANDATIONS.....	76
RECOMMANDATION I : DES FAITS CLAIRS POUR LES NOUVEAUX VENUS	76
RECOMMANDATION II : LA RÉSILIENCE ET LA DIFFÉRENCE, DES CONCEPTS BASE À INCLURE DANS LA FORMATION	76
RECOMMANDATION III : LA RECONNAISSANCE ET L'EMPOWERMENT.....	77
RECOMMANDATION IV : DE L'INFORMATION VARIÉE AU SUJET DU TSPT	79
RECOMMANDATIONS V : LA PRÉVENTION, L'IDENTIFICATION ET LE SUIVI	79
RECOMMANDATION VI : LE SOUTIEN SOCIAL DANS TOUTES LES SPHÈRES.....	80
RECOMMANDATION VII : L'INCLUSION DES CONJOINTES.....	81
RECOMMANDATION VIII : DES SERVICES ACCESSIBLES	82
RECOMMANDATION IX : LA COMMUNICATION, LA COORDINATION ET L'ÉQUITÉ	82

CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	VI
ANNEXE I	XII
ANNEXE II	XIII
ANNEXE III	XIV
ANNEXE IV	XVI
GRILLE D'ENTREVUE POUR LES MILITAIRES	XVI
GRILLE D'ENTREVUE POUR LES CONJOINTES	XVII
ANNEXE V	XVIII
ANNEXE VI	XIX

Liste des tableaux

Tableau I – Comparaison des taux de 2002 et 2013 pour le TSPT

Tableau II - Profil des militaires

Tableau III – Profils des conjointes

Tableau IV – Les services offerts par les FAC et les services utilisés par les militaires

Tableau V – Comparatif militaire et conjointes

Tableau VI – Les attentes des militaires et leur conjointe

Tableau VII – Satisfaction nommée à l’égard des services utilisés (militaires)

Tableau VIII - Satisfaction nommée à l’égard des services utilisés (conjointes)

Tableau IX – Les besoins et les solutions

Tableau X – Schéma de mise en relation des catégories

Liste des sigles

CISP : Centre intégré de soutien au personnel

CRFM : Centre de ressources pour les familles des militaires

COSP : Centre d'orientation et de sélection du personnel

CTSO : Clinique de trouble de stress opérationnel

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

*ÉSPT : État de stress post-traumatique

FC : Forces canadiennes

FAC : Forces armées canadiennes

FFAPAMM : Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale

MDN : Ministère de la Défense nationale

PAM FC : Programme d'aide aux membres des forces canadiennes

PSL : Programmes de sports et loisirs

SF RARM : Services financiers du régime d'assurance vie et de retraite pour les militaires

SSBSO : Soutien social, blessure de stress opérationnel

OLF : Officier de liaison avec les familles

*SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

*TSPT : Trouble de stress post-traumatique

TSO : Trouble de stress opérationnel

*Noter que les termes : ESPT, SSPT et TSPT sont des synonymes.

Remerciements

Ce mémoire de maîtrise a été rendu possible grâce à la participation et au soutien de plusieurs personnes. Je tiens premièrement à remercier les répondants d'avoir partagé avec moi leur expérience et expertise. Merci pour le temps qu'ils m'ont accordé et la générosité dont ils ont fait preuve.

Merci à Katina Diep (journaliste pour l'Écho de Saint-Jean), Dr Richard Kaley (psychologue), David Cimon (assistant parlementaire pour le député fédéral Sylvain Chicoine, porte-parole adjoint du NPD aux affaires des anciens combattants), le Groupe de défense des intérêts des anciens combattants canadiens, le groupe UN/NATO, pour leur rôle d'informateur clé, ainsi que leur participation pour faire connaître ce projet de recherche. Votre rôle a été crucial.

Merci à mon directeur, Simon-Louis Lajeunesse, pour sa patience, ses encouragements, son expertise, ses commentaires et suggestions toujours pertinentes. Pendant plus de quatre ans, il a su me guider avec douceur et m'encourager dans les moments les plus difficiles. Merci.

Merci à ma famille, particulièrement mon amoureux pour sa patience et les compromis. À mes sœurs et ma précieuse amie, Ge, pour leur soutien, leurs encouragements, leurs expériences et les bonnes discussions.

À ma belle-mère, pour avoir bercé et pris soins de mon bébé pendant que je rédigeais ce mémoire.

Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible. Merci.

Étude des perceptions du trouble de stress post-traumatique parmi des militaires canadiens et leur conjointe.

Introduction

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un sujet de plus en plus discuté et étudié depuis le milieu des années 1990. D'ailleurs, il semble que ce diagnostic soit l'un des plus répandus depuis le début de ces mêmes années (Vincent, M., 2003). Dans les forces armées Canadiennes (FAC), le TSPT est stigmatisé et controversé compte tenu de l'étiologie de ce trouble et des divergences d'opinions des experts à ce sujet (Marin, 2002). En effet, il est possible que seul l'un de deux individus soumis au même événement traumatique développe un TSPT, ce qui contribue à créer un stigmatisme pour les militaires qui développeront un TSPT. Les militaires diagnostiqués d'un TSPT font face à la stigmatisation de la part de tous (Chambre des communes Canada, 2009 : 26; Vincent, M., 2003) ce qui montre que le TSPT n'est pas accepté au sein des FAC. De plus, les militaires diagnostiqués de ce trouble font souvent face à une libération¹ (médicale) des FAC en raison des limitations d'emploi qu'elle impose. Comme nous le verrons ultérieurement, les effets sur le fonctionnement psychologique et social sont nombreux pour les militaires atteints et leur conjointe.

Travailler auprès des familles de militaires blessés physiquement et psychologiquement nous a permis d'en connaître davantage sur différents aspects de leur mode de vie, leurs valeurs, leur culture ainsi que leurs difficultés, leurs forces et leurs défis. Nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux effets du TSPT des militaires et leur famille ainsi qu'aux services qui leur sont offerts. Notre expérience de travail et la recherche à ce jour nous amène à nous questionner sur les services offerts aux militaires et leurs conjointes afin de savoir s'ils répondent à leurs attentes et à leurs besoins.

¹ Libération fait référence à la fin d'emploi comme militaire; le militaire est libéré de son service militaire pour des raisons médicales

Le contexte de cette recherche

Bien que les membres des FAC soient issus de notre société au sens général, le milieu militaire est particulier et possède ses propres lois, valeurs, croyances et mode vie. De plus, les nombreux déménagements (mutations), les absences du foyer et les niveaux de risques élevés pendant toute la durée de la carrière du militaire font que la vie militaire se distingue de tout autre métier ou profession (Daigle, P., 2013) et constitue en soi une carrière déviante par rapport au reste de la société, et ce, même si cette carrière est valorisée par ceux qui la choisissent et par la société canadienne en général. Notons également que dans le contexte militaire « tous les facteurs qui ne sont pas essentiels à la capacité de l'organisation de remplir la mission sont considérés comme secondaires » (Daigle, P., 2013). C'est donc dire que bien souvent, ce qui concerne la vie personnelle, familiale et sociale des militaires ne fait pas partie des priorités pour l'organisation. Nous croyons donc qu'il est primordial de prendre en considération ces facteurs lors d'une recherche auprès de cette population. Par la nature de leur travail, les militaires sont plus susceptibles d'être confrontés à des événements que l'on pourrait qualifier de traumatisants (Friedman, Warfe, et Mwiti, 2003; Rosebush, 1998; Lamerson et Kelloway, 1996; MacDonald, Chamberlain, Long, Pereira-Laird, et Mirfin, 1998; Passey et Crocket, 1999 dans Westwood, M.J., McLean, H., Cave, D., Borgen, W., Slakov, P., 2010; Daigle, P., 2012).

« Le déploiement s'est révélé être un facteur de risque de problèmes de santé mentale. Selon l'étude de 2011 sur l'incidence du cumulatif des traumatismes liés au stress opérationnel (2011 Operational Stress Injury Cumulative Incidence Study) publiée par le Gp Svc S FC, 13² p. 100 du personnel déployé en Afghanistan jusqu'en 2008 a reçu un diagnostic de maladie mentale associée au déploiement après un suivi de plus de quatre ans. L'exposition au combat et l'exposition à des atrocités sont des facteurs de risque de maladie mentale post-déploiement » (ministère de la Défense nationale, 2013).

De plus, nous croyons que le TSPT est vécu d'une manière particulière chez cette population compte tenu du vécu unique de celle-ci.

La problématique exposée dans ce mémoire est une réponse à des constatations de plusieurs auteurs et intervenants du milieu, notamment Marin (2002), Hudon (2003), McLean (2006), McFadyen (2008), Chambre des communes (2009) et Daigle (2008; 2012; 2013) ainsi qu'à

² Gp Svc S FC signifie : groupe de service de santé des forces canadiennes

mes propres préoccupations. Ces auteurs illustrent que les militaires et leurs conjointes vivent des défis particuliers en lien avec le TSPT et que les services des forces canadiennes présentent des lacunes importantes qui ont été présentées précédemment. Lors d'entretiens dans le cadre de notre emploi actuel, comme officier de liaison auprès des familles de militaires blessés, malades ou décédés, des conjointes nous racontaient certains problèmes conjugaux, d'épuisement et de détresse. Les conjointes expriment aussi certaines insatisfactions à l'égard des services offerts aux militaires qui doivent composer avec un TSPT. Leur témoignage nous permet de dire que les services qui sont offerts aux familles et particulièrement aux conjointes sont perçus comme insuffisants, mal adaptés ou inadéquats en ce sens qu'ils ne répondent pas efficacement à leurs besoins et leurs attentes. De plus, lors de conversations avec des militaires ayant reçu un diagnostic de TSPT nous avons compris que les services offerts ne les satisfont pas entièrement, voire que les services accentuent parfois le niveau de détresse qu'ils ressentent. Il est donc important pour nous de comprendre davantage la réalité des militaires et des conjointes afin de mieux saisir les besoins, les attentes et le sens donné au diagnostic de TSPT pour ultimement améliorer la satisfaction ressentie à l'égard des services.

La pertinence de cette recherche en service social

Pour les travailleurs sociaux, l'environnement social est au cœur de l'intervention dans toutes problématiques. « Devant une personne en détresse, un travailleur social est souvent comme un homme à tout faire avec un sac d'outils pour réparer ce qui cloche » (Chan, Chan & Man Ng, 2006). Le service social considère que l'être humain est un Être en relation. Cette vision de l'humain permet une analyse et des interventions qui comprennent les différents aspects sociaux et environnementaux ayant un effet sur la vie de la personne. Que ce soit sur le plan individuel, familial ou de groupe, le service social est essentiel afin d'offrir des services qui répondent aux multiples besoins de gens. Nous croyons que les services qui sont proposés par les FAC doivent répondre d'abord aux besoins et aux attentes des personnes vers qui ces services sont dirigés et il nous apparaît primordial de recueillir les perceptions, les attentes et

les besoins des militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe à l'égard des services qui leur sont offerts.

Considérant que le TSPT et la culture militaire se sont construits au fil des expériences d'acteurs sociaux, de contextes politiques, de connaissances diverses et qui pourront être appelés se modifier au fil du temps et des expériences subséquentes d'interactions sociales. Considérant que le TSPT n'a pas le même sens pour tous les individus qui en sont touchés de près ou de loin (militaire, conjointe, intervenant, chercheur, journaliste, etc.)

Considérant que le sens accordé dépend des expériences précédentes, de l'environnement et de l'univers de sens (univers symbolique) dans lequel la personne évolue.

Nous croyons qu'en tenant en compte toutes ces dimensions, nous pourrions améliorer les services afin de les adapter à leur besoin.

Cette recherche nous semble essentielle puisque des militaires et leur conjointe expriment des insatisfactions à l'égard des services reçus comme nous l'avons constaté dans les recherches à ce sujet et dans notre pratique. Il nous semble nécessaire de leur laisser raconter leur histoire, nommer leurs besoins et participer à l'élaboration de services plus adaptés à leurs besoins et attentes. Engager les militaires et les conjointes dans une démarche de réflexion par rapport au sens donné à leur réalité constitue une action tangible vers le changement ainsi qu'une (re)prise en charge de leur propre vie. Les laisser définir leurs besoins et leurs attentes par rapport aux services qui leur sont destinés permettra d'une part de créer des services qui répondent aux besoins des gens concernés et d'autre part de créer des services qui sont satisfaisants pour les utilisateurs. Cependant, nous ne pouvons faire cela sans interroger les gens qui bénéficient de ces services, chose qui se fait rarement. Les laisser devenir acteurs principaux de leur vie, leur histoire, permettra une nouvelle vision de leur réalité et de leur rôle dans celle-ci et constitue un pas vers l'autonomisation. Comme mentionné précédemment, malgré les efforts déployés par les FAC depuis le début des années 2000 pour soutenir les militaires blessés et leur famille, il semble qu'il y ait une certaine disparité entre les besoins des usagers et les services qui leur sont offerts. Nous sommes convaincus que les prestataires des services font de leur mieux pour aider ces militaires et leur famille. Et, nous sommes

certaines que l'évaluation des services actuels, la prise en compte des besoins et des attentes des personnes desservies sont primordiales afin d'offrir des services qui concordent avec les besoins et les attentes des militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe.

La question de recherche et objectifs

La question à laquelle nous répondrons est la suivante : **comment les services offerts par les forces canadiennes répondent-ils aux besoins des militaires diagnostiqués d'un TSPT et aux besoins de leur conjointe?** L'objectif principal est d'évaluer la satisfaction des militaires et de leur conjointe à propos des services qu'ils ont reçus. Plus particulièrement,

- a) Présenter quels sont les services qui ont été offerts aux militaires et à leur conjointe lorsqu'une problématique de TSPT est survenue.
- b) Explorer le sens qui est donné au diagnostic de TSPT par les militaires diagnostiqués d'un TSPT et de leur conjointe.
- c) Mieux comprendre les besoins des militaires diagnostiqués d'un TSPT et de leur conjointe.
- d) Définir les attentes des militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe à l'égard des services offerts par les forces armées canadiennes.
- e) Formuler des pistes de solutions en matière de services offerts aux militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe.

Ce mémoire est divisé en six chapitres. Dans le chapitre un nous explorons la problématique notamment comment le TSPT est devenu un problème social, les controverses et les modèles entourant explicatifs du TSPT, la situation dans les FAC, les effets du TSPT chez les militaires, sur les conjointes et sur la relation conjugale. Le chapitre deux discute de la posture épistémologique de la présente recherche, du paradigme constructiviste ainsi des théories d'analyses de données de cette recherche. Dans le chapitre trois, nous exposons la méthodologie utilisée. Les résultats sont présentés au chapitre quatre. Dans le chapitre cinq, nous discutons des résultats obtenus. Finalement, le chapitre six propose des recommandations liées aux résultats et l'analyse des données.

Chapitre un : PROBLÉMATIQUE

1.1 L'admission du TSPT comme problème social

Pour qu'un problème soit reconnu comme étant un problème social et qu'il constitue un enjeu collectif, il doit traverser certaines étapes. Lorient (2012) propose un processus en trois étapes; 1) la découverte ou l'invention par un professionnel d'un nouveau problème social ou médical, 2) travail d'information et de propagande afin que le nouveau problème soit reconnu comme tel, 3) « l'institutionnalisation de la nouvelle définition, c'est-à-dire le moment où elle devient stable, prévisible, consensuelle, voire objectivée dans des textes à caractère officiel » (Lorient, M., 2012). Ce processus pouvant être interrompu à tout moment, ce ne sont pas toutes les nouvelles « découvertes » qui passeront au statut de « problème social ». Le TSPT a passé toutes ces étapes et a été reconnu par diverses institutions, dont la plus importante en matière de troubles mentaux en Occident, le DMS (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*). Notons cependant que la notion de découverte du TSPT est critiquée et controversée. Deux visions s'opposent, pour la psychiatrie et le monde médical le TSPT est un phénomène universel qui a toujours existé et un certain contexte politique et social a permis qu'il soit exposé. Alors que pour les anthropologues notamment, il s'agit plutôt d'un concept créé par des changements au sein même de la psychiatrie particulièrement, la montée du cognitivisme, et cette création n'est pas universelle.

Nous verrons au fil de ce chapitre comment fut découvert le TSPT selon la vision dominante. Par la suite, nous discuterons des controverses et des critiques pouvant être faites à l'égard de la vision médicale. Finalement, il sera ensuite question du TSPT dans les FAC.

1.1.1 La découverte du TSPT

Le concept de syndromes ou de troubles liés aux traumatismes n'est pas nouveau et unit plusieurs cultures et étiologies ce qui est reflété notamment dans les termes utilisés pour parler de ces désordres (*railway spine, war neurosis, shell shock, etc.*)(Witztum, E et Rotler, M., 2000). Comme le décrit plusieurs auteurs, en 1866, Erichsen, un médecin étudie les effets des

accidents de trains sur les gens, il se penche sur les symptômes qui ne peuvent s'expliquer par des causes physiologiques par exemple, l'insomnie, l'anxiété, une grande émotivité, la confusion, l'irritabilité, le manque de productivité et les troubles de mémoire (Trimble, M.R., 1985; Young, A., 1995). À cette époque, on attribue ces symptômes à une atteinte sévère du système nerveux causé par de nombreux facteurs entourant les accidents de train (la rapidité du mouvement, l'élan de la personne blessée, l'arrêt soudain du train, l'impuissance et la perturbation de l'esprit du blessé) (Young, A., 1995). Dans la même période, les premières théories sur l'inconscient apparaissent. Notons en particulier les études qui ont été menées sur l'hystérie, l'amnésie, le somnambulisme, les émotions, l'impuissance acquise³ et les phobies (Young, A., 1995)⁴. Selon Trimble, un autre facteur qui influença l'intérêt pour le concept de TSPT est l'arrivée des compensations financières pour les personnes ayant subi des accidents au travail, notamment des accidents de chemin de fer (Trimble, M.R., 1985) ainsi que la fin de la guerre civile américaine et la Première Guerre mondiale (Young, A., 1995; Trimble, M.R., 1981 dans Trimble, M.R., 1985). Est apparue alors la névrose de compensation (*compensation neurosis*) introduite par Rigler en 1879. À la suite de l'adoption d'une loi sur les compensations financières en 1871 une recrudescence de déclaration d'accidents et d'invalidité apparut (Trimble, M.R., 1985). L'utilisation de plus en plus fréquente des trains explique en partie le nombre d'accidents rapportés, cependant la possibilité que des gens se blessent intentionnellement afin de toucher une indemnité n'est pas écartée par les chercheurs et les médecins de l'époque (idem). Les professionnels, particulièrement les médecins travaillant avec ces personnes purent élaborer des hypothèses expliquant l'apparition de symptômes traumatiques. Parmi les hypothèses recensées, celle des lésions dans le système nerveux central, au niveau du cerveau. On nomme cette blessure *shell shock* et l'on pense qu'elle est créée par le monoxyde de carbone ou un changement de pression atmosphérique (Mott, 1919 dans Trimble, M.R., 1985). Myers (1940) quant à lui après avoir été en contact

³ À l'époque, ce terme était utilisé pour désigner le trouble érectile chez l'homme.

⁴ Tel qu'exposé dans le livre d'Allan Young, *The Harmony of illusions. Inventing post traumatic stress disorder* (1995), vers la fin du 19^e des médecins, notamment Erichsen et Oppenheim étudient les symptômes des accidentés des chemins de fer. Ensuite, des psychiatres et psychanalystes tels que Charcot, Freud et Janet s'intéressent également aux accidentés des chemins de fer et font des rapprochements entre ces accidentés et des victimes d'inceste ou de viol; ils ont des symptômes semblables qu'ils nomment « névrose hystérique ».

avec des milliers de blessés, constate deux types de blessures qu'il renomme *shell concussion* et *shell shock*. Pour lui, le *shell shock* amène une forme d'hystérie, de mélancolie et même des troubles psychiatriques ceci pouvait se produire chez les soldats sensibles au stress émotif même s'ils n'étaient pas exposés aux explosions de missiles. En 1941, un écrit important voit le jour, *The Traumatic Neuroses of War*. Ce livre, écrit par Abram Kardiner psychiatre et anthropologue, est considéré comme pilier dans l'histoire du TSPT et il est une source ayant inspiré la liste des symptômes dans la présente définition du TSPT (Trimble., M.R., 1985; Young, A., 1995; Bracken, P.J., 2001). Cet auteur propose que soit rassemblé tous les termes puisque pour lui, que ce soit un *shell shock*, une névrose traumatique, une *battle fatigue* ou autre, il s'agit de la même chose. Dans la première édition du DSM, on identifie un trouble présent chez les soldats, le « *gross stress reaction* », un trouble qui disparaît lorsque le soldat n'est plus en présence du stress de la guerre. Ce diagnostic n'était pas très cohérent avec les recherches de l'époque puisqu'on notait que plusieurs individus continuaient d'avoir des symptômes longtemps après la fin de l'exposition aux événements stressants (Grinker et Spiegel, 1945 dans Scott, W.J., 1990). De plus, des recherches montraient que les symptômes n'apparaissaient pas sur le champ de bataille, mais plus tard (Grinker et Spiegel, 1945 et Kardiner, A., 1947 dans Scott, W.J., 1990); est venue alors l'idée d'inclure l'aspect de chronicité et retard dans l'apparition des symptômes (Scott, W.J., 1990). En 1968 lors de la sortie de la deuxième édition du DSM, le diagnostic de « *gross stress reaction* » ne fut pas inclus. Il semble que la raison principale de cette « non-inclusion » fut que les chercheurs ayant travaillé sur la seconde édition n'avaient pas d'expérience avec les névroses de guerre et que les psychiatres travaillant auprès des militaires au Vietnam entraient tous déjà dans des catégories déjà incluses dans le DSM, donc il n'était pas nécessaire d'ajouter un diagnostic précis pour les troubles de guerre (Scott, W.J., 1990).

1.1.2 La propagande

Le déclin de la psychanalyse et des conflits inconscients a grandement contribué à l'élaboration de théories sur le TSPT, notamment, puisque l'on n'associe plus nécessairement les problèmes psychologiques à des problèmes survenus dans l'enfance, mais aussi à des

événements de la vie (McFarlane, A., 1990 dans Bracken, P.J., 2001). Le discours sur le trauma a émergé plutôt à cause des développements au niveau politique, particulièrement en ce qui a trait à la montée du féminisme en Europe et en Amérique du Nord selon Judith Herman (Herman, J., 1992 dans Bracken, P.J., 2001). La reconnaissance du viol et des autres agressions sexuelles a amené les psychiatres à examiner les effets du trauma et à considérer la souffrance exprimée comme « sérieuse ». De plus, dans le domaine politique, les mouvements antiguerre vers la fin des années 1960 aux États-Unis, en lien avec la guerre du Vietnam jouèrent un rôle très important dans la montée du concept de TSPT (Young, A., 1995).

Fait important à noter, la culture et le monde sociopolitique influencent grandement les décisions d'inclure ou exclure une « maladie » dans le DSM. Ce fut le cas pour le TSPT, tout comme pour l'homosexualité. Les pressions politiques et sociales amenèrent les membres de l'APA (*American psychological association*) à inclure l'homosexualité comme maladie mentale dans le DSM et ce sont des pressions politiques et sociales qui amènent l'exclusion de ce diagnostic dans le DSM-II (Briki, M., 2009; Scott, W.J., 1990). C'est donc que les maladies que l'on retrouve dans le DSM ne sont pas toujours des réalités objectives universelles, mais bien des constructions sociales. Si tel n'était le cas, il n'y aurait pas lieu d'en débattre et les pressions politiques n'auraient pas d'influence sur ce manuel. « Sans l'existence d'une étiquette pathologique, un diagnostic et un rôle social de malade ne peuvent exister » (Loriol, 2012, p.177).

Le TSPT se construit donc surtout à travers l'expérience de militaires et vétérans au fil des ans et l'on nommera leurs symptômes de différentes manières depuis la guerre civile américaine (1861). C'est cependant avec le retour des vétérans de guerre du Vietnam, le contexte politique d'antiguerre des années 1970 que le TSPT, sous pression politique et sociale, fait son apparition dans le DSM. Comme décrit par Lembcke (1998) c'est le besoin de l'administration Nixon de détruire et discréditer le mouvement et les vétérans antiguerre qui a produit le contexte médiatique permettant la construction de l'image du vétéran dysfonctionnel. Effectivement, les professionnels de la santé mentale et les médias ont travaillé ensemble pour construire l'image du vétéran souffrant d'incapacités mentales et de dommages psychologiques liés à la guerre (Lembcke, J., 1998; Scott, W.J., 1990; McHugh, P.R. et

Treisman, G., 2007). Les articles de journaux visaient à dire aux lecteurs comment interpréter les manifestations des vétérans à l'ouverture de la convention nationale du parti républicain. Les lecteurs devaient comprendre les actions des vétérans comme des comportements de gens atteints de troubles mentaux. Bref, le contexte dans lequel le TSPT s'est développé était manifestement politique et social.

1.1.3 L'institutionnalisation du TSPT

C'est donc en 1980 dans la troisième édition du DSM que voit le jour le diagnostic de TSPT. Les auteurs et éditeurs de la refonte du DSM étant à la recherche de témoignages d'expert pour la nouvelle édition les professionnels travaillant auprès des vétérans du Vietnam virent l'opportunité de faire reconnaître les souffrances des vétérans par la reconnaissance d'un diagnostic officiel (McHugh, P.R., et Treisman, G., 2007). Ils ont alors travaillé sur les comités éditoriaux et ont réussi à faire reconnaître le TSPT et tous ses sous-types (aiguë, chronique, retardé) (idem). Une fois que le TSPT fut introduit dans le DSM, plusieurs y trouvèrent un intérêt, ce qui contribua à créer un engouement pour ce trouble. D'une part, des vétérans trouvaient plus glorieux d'être étiqueté avec un diagnostic de TSPT plutôt qu'avec un diagnostic d'alcoolisme, de trouble de personnalité ou de trouble d'adaptation (idem). Comme le mentionne Andreason en 1995, le TSPT est le seul diagnostic que les patients souhaitent recevoir, car pour la première fois un diagnostic de maladie mentale n'est pas un trouble moral, mais le résultat de quelque chose d'externe à soi-même. D'autre part, pour les hôpitaux pour vétérans, le TSPT amenait la justification pour de fonds supplémentaires pour des soins et services. D'ailleurs, des unités spéciales virent le jour et même dans les autres hôpitaux les psychiatres commencèrent à identifier chez des patients des symptômes de TSPT (McHugh, P.R., et Treisman, G., 2007). Le nombre recherche et de publication sur le sujet connu une explosion dans la seconde moitié des années 1990, soit vers la sortie de la quatrième édition du DSM. Dans cette modification, on change le premier critère diagnostic; il ne s'agit plus d'avoir vécu un événement hors du commun, mais d'avoir vécu un événement ayant mis la vie en danger ou l'intégrité physique, et cet événement doit avoir suscité une réaction de peur

intense, d'impuissance ou d'horreur (APA, 1994). S'en suivront, l'élaboration de théories de plus en plus détaillées sur le TSPT, les facteurs de risques et les facteurs de protection.

Les controverses à l'égard du TSPT débutèrent lorsque l'étude *National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS)* fut publiée en 1988. Les données étaient beaucoup trop élevée et semblaient totalement improbables étant donné que seulement 300 000 militaires avaient été assignés au front et que 479 000 (sur 3.14 millions) de militaires remplissaient les critères diagnostique du TSPT 15 ans après la fin de la guerre (Kulka et al., 1990 dans McHugh, P.R., et Treisman, G., 2007). On commença à se questionner notamment sur la manière de reconnaître les symptômes et d'interpréter les données.

1.2 Les controverses et les critiques entourant le TSPT

Allan Young, un anthropologue dont le travail est cité par plusieurs chercheurs, décrit comment la mémoire traumatique et le TSPT furent inventés dans son ouvrage *The Harmony of Illusions : Inventing Posttraumatic Stress Disorder*. Il postule dans son livre que la mémoire traumatique et la psychiatrie sont des produits historiques et que le TSPT est un phénomène technologique créé par plusieurs éléments imbriqués ensemble. Ces éléments étant : les pratiques nosologiques, les recherches cliniques et technologiques, les récits à travers lesquels le TSPT est identifié, traité et représenté ainsi les intérêts sociaux, institutionnels et les arguments moraux à travers lesquels des ressources cliniques et scientifiques sont mobilisées (Young, A., 1995). D'ailleurs plusieurs autres auteurs dont entre autres Bracken, Summerfield, Rechtman, McHugh et Treisman critiquent le concept de TSPT.

La critique la plus répandue est probablement celle qui remet en question l'universalité du concept. Pour plusieurs, le concept de TSPT est une manière (parmi d'autres) de comprendre et par le fait même de traiter les séquelles d'événements traumatiques. Ailleurs, notamment en Afrique ou dans des cultures très différentes de la nôtre (Occidentaux), ce concept et les traitements ne font pas de sens pour les gens (Bracken, P.J., Giller, J.E., et Summerfield, D., 1995; Bracken, P.J., 1998; Bracken, P.J., 2001; Young, A., 1995). Bracken et al. (1995) discutent notamment des fondements de la psychiatrie occidentale et de la non-application dans des cultures différentes. Particulièrement, ils abordent des sujets comme le concept de

soi, des relations aux autres et au monde qui nous entoure, qui sont nettement différents ailleurs. Par exemple, en Chine les relations familiales sont l'intérêt principal des individus, bien avant le bien-être personnel (Kleinman, A., 1980 dans Bracken, P.J., et al., 1995). Puisque des différences fondamentales existent d'une culture à l'autre, l'application de la psychiatrie occidentale devient hasardeuse et inutile. De plus, puisqu'il est reconnu que le TSPT fut découvert (ou inventé selon la vision) dans un contexte social et politique particulier l'universalité, la fiabilité ainsi que la validité du concept ont leur raison d'être débattu (Wtitzum, E., et Kotler, M., 2000).

Une seconde critique vient de la manière de diagnostiquer le TSPT. Dans les cliniques d'anciens combattants aux États-Unis, l'identification de cas reposait sur la recherche de symptômes et des questionnaires du type « check-list » qui proposait les critères diagnostic du TSPT (Young, A., 1995) ce qui remet en question la fiabilité du diagnostic. Cette manière de faire est courante auprès des victimes de trauma cependant, elle comporte plusieurs failles (McHugn, P.R., et Treisman, F., 2007). L'une d'elles étant celle de la compréhension; est-ce que le sujet comprend la question et ce qu'elle sonde de la même manière que l'interrogateur. Cette méthode de recherche de symptômes est connue pour être trop inclusive puisque plusieurs « troubles » se présentent avec des symptômes semblables (idem). De plus, certaines réponses cognitives et émotives sont des réponses normales à un stress majeur et ne sont pas l'expression d'un trouble ou d'une maladie (idem).

Finalement, la question de validité est soulevée par Recthman (2004) lorsqu'il dit que le TSPT fut inclus dans le DSM-III avec très peu de données épidémiologiques. Le défi en 1980 était de trouver une définition qui protégeait les individus de tout doute, accusation ou responsabilité (souvenons-nous du contexte politique antiguerre, des vétérans « victimes » de la guerre, de la montée du féminisme et des luttes contre les abus faits aux femmes). Le seul moyen possible était de dire que l'évènement était le seul responsable du trouble, et pour cela, le même évènement devait créer sensiblement les mêmes symptômes chez presque tout le monde. Deux problèmes majeurs sont apparus; a) les évènements jugés traumatiques et « hors du commun » correspondaient aux comportements interdits. Ceci pose problème, car on pourrait être tenté de croire que ce qui est moralement acceptable dans un contexte culturel

spécifique ne peut être traumatique; b) les sondages effectués ne démontrent pas que presque tout le monde exposé à un événement « hors du commun » développe un TSPT. En fait, la plupart ne développent pas de TSPT. On a également démontré que la dépression et l'anxiété sont directement liées au trauma. Rechtman se demande si cela veut dire que le TSPT n'est pas la réaction logique à certains événements spécifiques ou si c'est plutôt qu'il n'y a pas d'événements spécifiques qui peuvent par eux-mêmes engendrer un TSPT. Ces questions demeurant non-résolues et les chercheurs ne souhaitant pas abandonner le concept de TSPT on modifia les critères diagnostics afin de restreindre les événements hors du commun à des événements ayant mis la vie en danger ou l'intégrité physique et ayant suscité une réaction de peur intense, d'impuissance ou d'horreur.

1.3 Les modèles explicatifs du TSPT

Certaines modifications furent apportées aux critères diagnostics du TSPT dans le DSM-V (mai 2013), notamment, on passe de trois ensembles de symptômes à quatre. Ces quatre ensembles sont : l'évitement, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, la reviviscence et l'hyperactivité (incluant l'irritabilité et l'agressivité ainsi que le comportement imprudent et autodestructeur).

On trouve dans la littérature scientifique plusieurs modèles théoriques qui tentent d'expliquer le TSPT (non spécifique au combat militaire), son développement et son maintien. Ces modèles provenant tous de la psychologie s'inspirent de différents courants théoriques. Parmi les principaux modèles théoriques expliquant le développement d'un TSPT, notons celui de Mowrer (1960), d'Horowitz (1986), de Foa et al. (1989) et de Joseph, Williams et Yule. (1995).

Le résumé des modèles qui suit est tiré du livre de Pascale Brillon (2007). Pour Mowrer, deux types d'apprentissages entrent en jeu dans le développement et le maintien du TSPT; le conditionnement opérant et le conditionnement classique. Ses notions de conditionnement appartiennent aux travaux de Pavlov (début XX^e siècle) et Skinner dans les années 1950 et sont de l'approche purement comportementale. Le conditionnement classique explique les comportements anxieux par rapport à des stimuli inoffensifs (avant et pendant l'événement)

car ils ont été associés à l'évènement traumatique. De plus, le conditionnement classique permet de comprendre pourquoi l'individu développe des comportements anxieux par rapport à des stimuli qui n'étaient pas présents lors de l'évènement. Le conditionnement opérant quant à lui explique les comportements d'évitement de stimuli qui provoquent une réponse anxieuse, le retrait social et les comportements comme, l'abus de drogue ou d'alcool. Cependant, ce modèle ne fournit pas d'explications sur les autres critères diagnostic comme les symptômes intrusifs, l'hyperactivité neurovégétative et l'émoussement.

Horowitz quant à lui propose un modèle cognitiviste qui considère les symptômes de TSPT comme étant des réactions à un trop grand nombre d'informations qui ne cadre pas dans les schémas cognitifs présents. Pour Horowitz, la résolution du TSPT passe par l'intégration de ces informations et de l'expérience dans les schémas cognitifs de l'individu. Ce processus d'ailleurs ressemble à un processus de deuil qui comporte quatre phases : protestation, évitement, intrusion et résolution. Ces phases se suivent, cependant il y a va-et-vient entre les phases d'évitement et d'intrusion et c'est ce qui permet l'intégration de l'information. Ce modèle n'offre pas d'explication pour les symptômes de réactivité physiologique et peu d'information sur les symptômes d'hyperactivation neurovégétative.

Le modèle de traitement émotionnel de Foa et al., (1989) propose quant à lui que l'individu traumatisé se soit construit une structure de peur. Cette structure très complexe est intégrée au système nerveux et elle comprend les stimuli, les interprétations de ceux-ci et les réponses physiologiques et comportementales associées. Ce modèle, en plus d'être comportemental inclus des éléments cognitifs qui permettent de comprendre certains symptômes comme les reviviscences, l'évitement comportemental et émotif. Selon ce modèle, l'hyperactivation est une conséquence de l'oscillation entre reviviscences et évitement.

Le modèle de Joseph et al. (1995), un modèle cognitiviste, repose sur les facteurs suivant : les stimuli (les souvenirs de l'évènement), les mécanismes d'interprétation et les représentations cognitives, la personnalité, l'état émotionnel, l'environnement et le contexte social, les mécanismes d'adaptation. Ces facteurs agiront ensemble afin de conduire ou non au développement d'un TSPT (Joseph, Williams & Yule, 1995; Joseph & Williams, 2005). Ce modèle se veut psychosocial et intégratif (Joseph, Williams & Yule, 1995; Joseph & Williams,

2005) cependant il néglige d'offrir des explications en ce qui concerne le développement et le maintien des comportements d'évitement et d'hyperactivité neurovégétative (Brillon, P., 2007). Une compréhension du développement du TSPT chez les militaires (lié au combat militaire), plus précisément des vétérans de la guerre du Vietnam, est proposée par Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimmering, R.T., et Bender, M.E., en 1985. Ce modèle de compréhension et de traitement est inspiré de celui de Mowrer en ce sens que Keane et al. proposent un modèle de conditionnement pour expliquer les symptômes du TSPT. En plus des explications déjà données par Mowrer, il rajoute une explication sur les raisons qui font que l'extinction (des réponses anxieuses en présence de stimuli) ne se produit pas et propose une manière (l'exposition) afin de favoriser cette extinction (Keane, T.M., et al., 1985).

Finalement, pour Janoff-Bulman, les incidents qui produisent beaucoup de stress et d'anxiété telle que les expériences de guerre affectent les perceptions et les attentes que la personne avait de la vie et d'elle-même (Janoff-Bulman, R., 1985, p.18). Elle explique le TSPT par le fait que les suppositions (*assumptions*) sont « défaites » (*shattered*). Ces suppositions sont de trois ordres et sont fortement liées entre elles; 1) la croyance que l'on est invulnérable (les mauvaises choses arrivent aux autres); 2) la perception que le monde a un sens et qu'il est compréhensible; et 3) la perception que nous sommes bons (Janoff-Bulman, R., 1985). Selon cette auteure, il est évident que la psychologie de la personne ayant vécu un traumatisme est perturbée. Considérant ce fait, la personne pourrait avoir besoin d'aide pour se reconstruire un système de croyances, de valeurs et de suppositions. Cette aide pourra venir de professionnels, de proches ou de pairs aidants.

1.4 Le contexte du TSPT dans les forces armées canadiennes

Qu'en est-il au Canada? L'attention des forces armées canadiennes (FAC) envers le TSPT s'amorce dans les années 1990 au retour de militaires ayant servi lors de la guerre du golfe. On remarque chez plusieurs des symptômes que l'on associe à la fatigue chronique (problème de fatigue, de mémoire, de concentration, des troubles de sommeil et des douleurs musculaires et articulaires) (Le Centre, 2002 dans Vincent, M., 2003). Les missions de maintien de la paix en Somalie (1991-1994) ainsi que celles en Bosnie et en Croatie ont contribué à l'élaboration des

services en matière de santé mentale puisque plusieurs militaires au retour vivent un niveau de détresse considérable dont 8 pour cent possède les critères requis d'un diagnostic de TSPT (Litz, 1996 dans Vincent, M., 2003).

En 2002, un premier rapport de l'ombudsman des FAC et de la défense nationale voit le jour. Ce rapport conclue que 1) le TSPT est un problème très sérieux de plus en plus présent au sein des FAC et que 2) l'approche des FAC au sujet des problèmes de santé mentale, particulièrement au sujet du TSPT, est inadéquate. À la suite de ces conclusions, l'ombudsman a proposé 31 recommandations visant entre autres à améliorer les soins offerts en matière de santé mentale, et ce, dans plusieurs sphères telles que l'éducation, la formation, la *direction* et la coordination institutionnelle. Ensuite, plus tard en 2002, l'ombudsman produit un second rapport afin de réévaluer la situation en fonction des recommandations émises ultérieurement. Ce rapport montre que de nombreux progrès ont été réalisés en ce court laps de temps, notamment la mise en place de nouvelles politiques, d'une gamme de soins plus adaptée au trouble de stress opérationnel (TSO) et de modifications structurelles. Cependant, certains points restent grandement à améliorer « comme la stigmatisation au sein de l'organisation, la formation, la collecte de données et la coordination à l'échelle nationale » (Daigle, P., 2012 : 5). Un deuxième rapport de suivi est produit en 2008, cette fois-ci, on souhaite évaluer les progrès réalisés par les FAC et « l'étude soulevait la question fondamentale suivante *Les membres des FC qui souffrent du SSPT ou d'autres TSO sont-ils diagnostiqués et soignés de façon à pouvoir demeurer des membres actifs de la société canadienne, que ce soit dans les forces armées ou comme civils?* » (Daigle, P., 2012 : 6). En 2008, les conclusions de l'ombudsman sont partagées, c'est-à-dire que certaines améliorations ont eu lieu. Cependant, certains militaires ne reçoivent toujours pas l'aide et les soins dont ils ont besoin.

« Le rapport déterminait également les obstacles organisationnels à la prestation de soins : la proximité des centres urbains, la disponibilité des professionnels de santé mentale et l'attitude négative constante des supérieurs et des pairs envers les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. En outre, le rapport soulignait l'absence d'un réseau de soutien national coordonné pour les familles de militaires qui souffraient de TSO. Nous avons constaté que l'accès aux soins et au soutien était particulièrement difficile pour les familles vivant dans des emplacements militaires éloignés. Nous avons également souligné l'absence d'une

base de données nationale permettant aux FC⁵ de faire le suivi de l'ampleur des problèmes liés au SSPT et aux TSO au fil du temps » (Daigle, P., 2012 : 6).

En 2009, le Comité permanent de la défense nationale produit un rapport ayant comme objectif d'étudier la prestation de services de santé offerts par les FAC en particulier en matière de TSO et particulièrement de TSPT. Ce comité conclut que trois problèmes fondamentaux sont en cause dans les difficultés du système de soins de santé des FAC. 1) les préjugés négatifs au sein des FAC envers les personnes qui souffrent de troubles mentaux; 2) l'écart entre les politiques établies et la pratique, et 3) la pénurie de personnel de soins de santé. Ce rapport propose 36 recommandations qui sont semblables à celles formulées en 2008.

En 2012, l'ombudsman produit le rapport « Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit ». Ce rapport donne suite aux recommandations formulées en 2008. On observe que certains points ont évolué positivement, notamment en ce qui concerne la mise en place d'un système cohérent, l'acceptation du TSPT et des TSO comme faisant partie d'une réalité du service militaire, la diminution d'obstacles aux soins et de la stigmatisation liée aux TSO et l'amélioration des services de soutien aux familles des militaires. Parmi les aspects étant demeurés négatifs, notons la pénurie de personnel en soins de santé (déficit de 15 à 22 pour cent) et la nécessité de recourir à la sous-traitance pour le traitement des militaires des FAC, une mauvaise connaissance des besoins liés au TSO de la part de la direction stratégique et fonctionnelle ainsi qu'une « approche ad hoc en ce qui concerne la mesure du rendement qualitative et systémique, ce qui a nui à l'aptitude des FAC à évaluer l'efficacité de sa capacité visée en matière de TSO » (Daigle, P., 2012 : 3). Ce rapport propose six recommandations soient de 1) continuer de mettre de l'énergie sur les soins de santé offerts aux membres des FAC qui vivent avec un TSO ou un TSPT malgré la fin des opérations majeures en Afghanistan et les restrictions budgétaires; 2) trouver une manière d'être plus dynamique et novateur en matière de recrutement de personnel de soins de santé; 3) « procéder à une mesure du rendement

⁵ Le terme FC mis pour forces canadiennes est l'équivalent de FAC mis pour forces armées Canadiennes. Le terme FC a été employé de 1968 à 2013. En 2013, on décide de revenir à l'appellation FAC qui était utilisée avant 1968.

qualitative et systémique visant à évaluer l'efficacité de leur réaction aux besoins impératifs liés au SSPT et aux TSO » (Daigle, P., 2012 : 4) ; 4) évaluer de manière globale, 10 ans après sa mise en œuvre, la capacité des FAC en ce qui concerne les soins en santé mentale; 5) « examiner les tensions évidentes et croissantes entre le commandant et le clinicien et le commandant et l'administrateur en ce qui concerne les soins médicaux et le soutien administratif offert aux membres des FC qui souffrent de TSO » (Daigle, P., 2012 : 4) et 6) réfléchir à la tension entre le principe d'universalité de service et l'engagement moral de FAC envers ses militaires blessés afin de proposer une application plus « moderne » du principe d'universalité (Daigle, P., 2012).

En 2013, l'ombudsman publie un rapport sur l'évaluation du bien-être des familles de militaires. Ce rapport bien que ne portant pas directement sur le TSPT nous apporte tout de même des éléments importants en ce qui a trait aux défis que doivent relever les familles des militaires canadiens. Défis qui viennent s'ajouter au diagnostic de TSPT de leur conjoint. Le rapport sur les familles a entre autres été motivé par une augmentation des plaintes des familles auprès de l'ombudsman dans les dernières années. Le premier constat est celui de la fierté des familles de militaires :

« Elles ont le sentiment inébranlable de faire partie de quelque chose d'important et de noble. De nombreuses familles de militaires sont aussi fières de réussir à élever leur famille malgré les difficultés inhérentes à la vie militaire qui sont exacerbées par l'imprévisibilité et l'influence restreinte que les familles exercent sur le *moment, l'endroit et la durée* des affectations, des entraînements et des déploiements » (Daigle, P., 2013 : 3)

Les observations clés de ce rapport sont les suivantes : 1) les déménagements, les déploiements et les divers bouleversements dans le quotidien des familles causent de nombreuses perturbations et difficultés pour les familles; 2) pour les conjoints des militaires, trouver et conserver un emploi adéquat est très difficile; 3) l'accès et la continuité à des soins de santé sont impossibles pour plusieurs familles compte tenu des déménagements fréquents; 4) la difficulté d'être logé convenablement et à un prix accessible; 5) la complexité à créer un milieu de vie sain pour élever leurs enfants et 6) des difficultés financières (Daigle, P., 2013 : 5-10). En considérant ces faits, il nous semble évident que ces défis s'ajoutent et amplifient les difficultés inhérentes au TSPT diagnostiqué chez le militaire. Parmi les autres constats, notons que les familles des militaires reçoivent plus de soutien que jamais et les Centres de

ressources pour les familles des militaires (CRFM) sont fondamentaux dans la prestation de ces services de soutien. De plus, l'ombudsman constate que les fournisseurs de services, tels que les CRFM, les groupes de soutien au déploiement (GSD), les centres intégrés de soutien au personnel (CISP) ainsi que le soutien social-blessure de stress opérationnel (SSBSO), qui soutiennent les familles le font avec « passion et sans compromis » (Daigle, P., 2013 : 4).

1.5 La prévalence au sein des forces armées canadiennes

En 2002, une enquête de statistique Canada sur la santé mentale dans les FAC a été réalisée en supplément à *l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Ce supplément fut nommé le : *Supplément FC de l'ESCC 2002*. Cette enquête fut conduite à la demande du ministère de la Défense nationale (MDN) et visait à déterminer les besoins réels en soins de santé mentale des FAC.

Selon Statistique Canada, le taux de prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) atteint 2,8 pour cent (au cours d'une année) et 7,2 pour cent (au cours d'une vie) parmi les membres de la force régulière et respectivement 1,2 pour cent et 4,7 pour cent parmi les réservistes.

En 2013, une enquête sur la santé mentale dans les forces canadiennes (ESMFC) a été menée et les résultats ont été publiés en 2014. Pour cette étude, on interrogea des militaires de la force régulière et des réservistes ayant participé à la mission en Afghanistan. Cette étude montre que 5.3 pour cent des militaires de la force régulière travaillant à temps plein ont éprouvé des symptômes de TSPT dans les 12 derniers mois précédant l'enquête. Compte tenu des critères de sélection des répondants, on ne peut comparer les réservistes de 2002 et de 2013.

Tableau I – Comparaison des taux de 2002 et 2013 pour le TSPT

	au cours des 12 derniers mois	au cours de la vie
2002	2.8	7.2
2013	5.3	11.1

On constate donc un taux dans les 12 mois deux fois plus élevés du TSPT en 2013 qu'en 2002. On pense que les changements dans les taux sont tributaires des changements dans les programmes de santé mentale au sein des FAC (ministère de la Défense nationale, 2013). Une enquête récente auprès des militaires canadiens démontre que plus de 50 pour cent des militaires atteints d'un TSPT attendent 7 ans et plus avant de consulter (Fikretoglu, Liu, Pedlar et Brunet, 2010). Cette attente avant de recourir à de l'aide est propre aux hommes (Lajeunesse, S-L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R., et Camus, F., 2013; Rondeau, G., Mercier, G., Camus, S., Cormier, R., Gagnon, L., Gareau, P., et al., 2004; Tremblay, G., et L'heureux, P., 2002; Dulac, G., 2001). Le taux de prévalence du TSPT dans la population générale serait d'environ 9,2 pour cent (Statistiques Canada, 2003). David Boulos, épidémiologiste, et le docteur Mark Zamorski, chef de section de la santé des militaires déployés, publient un rapport en novembre 2011, *Incidence cumulative du trouble de stress post-traumatique et d'autres troubles mentaux chez le personnel militaire déployé à l'appui de la mission en Afghanistan de 2001 à 2008* (novembre 2011). On apprend dans ce rapport que treize pour cent (13 pour cent) de la cohorte étudiée ont reçu un diagnostic de blessure de stress opérationnel (BSO – réfère à tout problème psychologique persistant qui survient à la suite d'une opération militaire) et que parmi ces diagnostics, le TSPT compte pour huit pour cent (8 pour cent) des diagnostics émis. Notons que les militaires qui présentent certains troubles et qui ne répondent plus au principe d'universalité⁶ de service sont libérés des FAC et ne font plus parties des statistiques sur les FAC. De plus, ces statistiques n'incluent pas les militaires ou les vétérans qui se suicident et qui présentaient des symptômes du TSPT. À notre connaissance, des statistiques incluant les militaires et les vétérans ne sont pas disponibles.

Plusieurs études américaines arrivent relativement aux mêmes résultats soit entre deux et dix-sept pour cent (2 et 17 pour cent) des militaires développeront un TSPT lié au combat militaire

⁶ « Le principe de l'universalité du service, ou principe du «soldat d'abord», sous-entend que les militaires doivent exécuter les tâches militaires d'ordre général ainsi que les tâches communes liées à la défense et à la sécurité en plus des tâches de leur groupe professionnel militaire ou de leur description de groupe professionnel militaire. Entre autres, les militaires doivent être en bonne condition physique, aptes au travail et déployables pour aller effectuer des tâches opérationnelles générales » (<http://www.admfincs.forces.gc.ca/dao-doa/5000/5023-0-fra.asp> consulté le 21 avril 2014). Pour une description complète de ce qui est attendu des militaires, consulter le lien suivant : <http://www.admfincs.forces.gc.ca/dao-doa/5000/5023-1-fra.asp>

(Richardson, L.K., Frueh, B.C., et Acierno, R., 2010). Les taux de prévalence varient en fonction des méthodes d'échantillonnages, des mesures utilisées, de l'inclusion et la mesure de la souffrance cliniquement significative du DSM-IV, le délai avant l'évaluation, le potentiel de biais à la suite de l'évocation du trouble et les expériences de combat (incluant les divers facteurs de déploiement) (Richardson, L.K., et al., 2010). Une étude traitant spécifiquement des missions en Irak et en Afghanistan montre que le taux de TSPT est d'environ 15 pour cent chez les militaires qui en reviennent (Tanielian & Jaycox, 2008 dans Yarvis, J.S., 2011). Ils illustrent également que plus les missions sont longues et nombreuses, plus il y a de chance que le militaire développe un TSPT. Récemment, une étude sur les militaires canadiens a montré que les militaires qui ont été déployés en Afghanistan montraient des taux plus élevés de trouble de santé mentale (TSPT, dépression, trouble panique et trouble d'anxiété généralisé) que leurs homologues non déployés (ESMFC, Statistiques Canada, 2014). De plus, comme nous le verrons dans les lignes suivantes, d'autres facteurs sont en cause dans le développement ou non d'un TSPT chez les militaires.

1.6 Les effets du TSPT chez les militaires

Plusieurs études démontrent que les gens atteints d'un TSPT ont une santé physique (ex. : douleurs chroniques, blessures, handicaps, etc.) et mentale plus pauvre (p.ex : Friedman et Schnurr, 1995; Wolfe, J., et al. 1994; Golding, J.M., 1996 dans Zatzick, D.F., Marmar, C.R., Weiss, D.S., et al. 1997; Richardson et al., 2010), montrent plus d'agressivité et d'hostilité envers leur partenaire (Carroll, Rueger, Foy, & Donahoe, 1985 dans Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Roitblat, H.L., et Muraoka, M.Y., 1994), rapporte plus de colère (DeFazio, Rustin, & Diamond., 1975; Figley et Eisenhart, 1975 dans idem) et ont un fonctionnement social plus difficile (Jordan, B.K., Marmar, C.R., Fairbank, F.A., et al., 1992; Carroll, E.M., Ruegger, D.B., Foy, D.W., et al., 1985 dans Zatzick et al. 1997; Stein, Walker, Hazen et Forder, 1997; Richardson et al., 2010) que les vétérans n'ayant pas de TSPT. Une étude démontre que les vétérans du Vietnam avec un TSPT sont plus susceptibles d'utiliser la violence physique et psychologique à l'égard de leur partenaire (Taft, C.T., Street, A.E., Marshall, A.D., et Dowdall, D.J., 2007). Le TSPT est également associé à une diminution du sentiment de bien-

être, une santé physique limitée, des difficultés d'emploi ou l'employabilité ainsi que des difficultés de fonctionnement social (Zatzick et al., 1997; Richardson et al., 2010). L'association entre dépendances et TSPT chez les civils et les vétérans est également bien documentée (Ouimette & Brown, 2002 dans Yarvis, J.S., 2011). Une association entre TSPT et dépression est démontrée par plusieurs études (p.ex : Blanchard, Buckley, Hicking, & Taylor, 1998; Breslau et al., 2000; Yarvis et al., 2005; Yarvis & Schiess, 2008 dans Yarvis, J.S., 2011). Une revue de littérature réalisée en 2013 a permis de trouver que l'exposition au combat est un facteur de risque pour le développement d'un TSPT, mais également de comportement suicidaire (Pompili, M., Sher, L., Serafini, G., Forte, A., Innamorati, M., Dominici, G., Lester, D., Amore, M. et Girardi, P., 2013). Cette étude mentionne aussi que d'autres facteurs entrent en jeu dans l'association TSPT et suicide comme la présence d'autres diagnostics de santé mentale comme la dépression notamment.

1.7 Le soutien social et le TSPT

Dès les années 1970, plusieurs chercheurs se penchent sur le réseau social entourant les victimes de trauma. Ils viennent à la conclusion que le soutien offert par la famille, les amis, les professionnels et la communauté en général est essentiel au rétablissement et l'adaptation des victimes de crime (Bard & Sangrey, 1979; Burgess & Holmstrom, 1976; Krupnick & Horowitz, 1980; Symonds, 1980 dans Janoff-Bulman, 1985). Une métaanalyse des facteurs de risque de développement d'un TSPT souligne que le manque de soutien social fait partie des facteurs qui prédisent des réactions de stress (Brewin, Andrews, et Valentine., 2000 dans Smith, B.N., Vaughn, R.A., Vogt, D., King, D.W., King, L.A et Shipherd, J.C., 2013). « Plusieurs études transversales réalisées auprès d'anciens combattants indiquent qu'un faible niveau de soutien social est relié à une plus grande sévérité des symptômes d'ÉSPT⁷ » (Barrett & Mizes, 1988; King, King, Fairbank, Keane, & Adams, 1998; Solomon, Waysman, & Mikulincer, 1990 dans Lavoie et al., 2009) et les ressources sociales ont été démontrées comme étant l'un des facteurs psychosociaux les plus importants dans la prévention du développement de trouble de santé mentale à la suite de l'exposition à un stressor (Oliver, Harman, Hoover, Hayes, et Pendhi, 1999

⁷ ÉSPT est mis pour État de stress post-traumatique, un terme équivalent à TSPT.

dans Smith, B.N., et al., 2013). Une étude réalisée en 2003 dans le cadre d'une maîtrise en service social cherchait à améliorer la compréhension de la situation des militaires touchés par l'ÉSPT plus spécifiquement par rapport au soutien social. L'auteure conclut

[...] que tous les répondants diagnostiqués d'ÉSPT (état de stress post-traumatique, équivalent de TSPT) identifient un manque de soutien durant des moments difficiles et précisent avoir trouvé les missions ardues. Le soutien par les pairs dont ont bénéficié les non traumatisés, semble la clé à la facilitation des moments qui risquent d'être traumatisants lors des missions. Il y a un lien direct entre le soutien par les pairs et la résilience. Les membres de groupe qui offrent un soutien efficace ont davantage de souvenirs positifs que de souvenirs négatifs de leur mission (Hudon, A, 2003 : 91).

Les conclusions d'Hudon sont importantes, car au-delà des effets du soutien social sur le TSPT, on apporte une nouvelle composante au développement du TSPT chez les militaires, soit le soutien social lors de la mission. Ces conclusions ont d'ailleurs été corroborées par d'autres études dans les dernières années. Le soutien social (reçu et perçu) est un facteur important dans le développement et le maintien du TSPT (Smith, B.N., Vaughn, R.A., Vogt, D., King, D.W., King, L.A et Shipherd, J.C., 2013; James, L.M., Van Kampen, E., Miller, R.D., et Engdahl, B.E., 2013; Rona, R.J., Jones, M., Sundin, J., Goodwin, L., Hull, L., et Wessely, S., 2012). Le soutien social agit comme modérateur entre le stress vécu lors du cours de recrue et les symptômes de maladie mentale (Smith, B.N et al., 2013). De plus, il agit comme limiteur des symptômes de TSPT lorsque celui-ci est fourni par l'unité (Smith, B.N., et al., 2013). Une autre étude démontre que le soutien social limite et agit comme protecteur contre les préoccupations de santé mentale postdéploiement (James, L.M., et al., 2013) ainsi que comme modérateur des symptômes de TSPT et de dépression au fil du temps (James, L.M., et al., 2013). Rona et al. (2012) trouvent que le sentiment de ne pas être soutenu est fortement associé avec la persistance des symptômes de TSPT ce qui est également corroboré par les études de Koenen et al., 2003, Schunurr et al., 2004 et Solomon et al., 1989 (dans Rona et al., 2012). Il semble important de noter que ce ne sont cependant pas toutes les études qui arrivent à cette association, effectivement, Boscarino, J.A., et Adam, R.E., 2009 et Laffaye, C., et al., 2008, ne trouvent pas cette association (Rona et al., 2012).

Il est cependant important de mentionner que ce soutien n'est pas toujours disponible, et ce, pour plusieurs raisons. Par exemple, les gens n'aiment pas être en compagnie de personnes

malheureuses (Coates, Wortman & Abbey, 1979 dans Janoff-Bulman, 1985). De plus, les victimes sont souvent perçues comme étant responsables de ce qui leur arrive (Lerner, 1970; Ryan, 1971 dans Janoff-Bulman, 1985). Compte tenu des symptômes du TSPT, on peut facilement s'imaginer que le contact avec les professionnels constitue un défi pour les militaires diagnostiqués d'un tel trouble. D'ailleurs, Yarvis (2011) suggère que le clinicien engagé auprès de la personne fournisse des techniques de gestion de la colère et du stress au travail ainsi que des techniques de résolution de problèmes afin de minimiser les effets du TSPT sur le domaine professionnel. Ce qui semble tout à fait pertinent puisque plusieurs militaires faisant face à cette « maladie » seront libérés des FC, car ils ne répondent plus aux exigences du service militaire. Notons que Rona et al. ont trouvé que le fait d'être libéré du service est lié à la persistance du TSPT (Rona et al., 2012).

1.8 Les effets du TSPT sur les conjointes de militaire et la relation conjugale

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux effets du TSPT sur la famille et les conjoints (p. ex. Deckel et Monson, 2010; Figley, 1988; Figley, 1989; Riggs, Byrne, Weathers et Litz, 1998; Galovski et Lyons, 2004; Manguno-Mire, G., Sautter, F., Lyons, J., Myers, L., Perry, D., Sherman, M., Glynn, S., & Sullivan, G., 2007). Figley est certainement l'une des personnes ayant le plus écrit à propos du stress des familles, l'effet du trauma sur les familles, l'importance de la famille dans le traitement du TSPT, sur le trauma vicariant et la fatigue de compassion. Figley adopte une vision systémique de l'engagement familial et de ses effets sur le traitement du TSPT. Deckel et Monson (2010) font une recension des écrits et nous présentent les principaux savoirs en lien avec le TSPT et les relations familiales. Ils présentent les principaux concepts et modèles qui expliquent l'association entre TSPT et relations familiales. Tel que mentionné dans l'article, la plupart des modèles présument un lien de causalité entre le TSPT et les difficultés familiales. Peu de modèles existent pour expliquer l'association entre TSPT et relations familiales cependant, ceux qui existent sont de nature systémique et suppose une association de causalité réciproque entre les symptômes de TSPT et le fonctionnement familial (Deckel et Monson, 2010). Parmi les difficultés relationnelles recensées, nous trouvons la détresse relationnelle, des difficultés d'intimité et de communication ainsi que des difficultés à résoudre les problèmes (Riggs, Byrne, Weathers et

Litz, 1998). Dans la revue de la littérature de Galovski et Lyons (2004), les auteurs présentent les résultats d'études concernant l'effet du TSPT lié au combat chez les familles des vétérans. Ils recensent entre autres que les conjointes sont parfois victimes de violence physique et de détachement émotif de la part du conjoint, elles ont souvent toutes les responsabilités liées aux enfants, la pression de maintenir un niveau financier acceptable, la responsabilité du bien-être psychologique du conjoint ainsi qu'un manque d'intimité sexuelle (Solomon et al., 1992 dans Galovski et Lyons, 2004). Une autre étude conclut que les conjointes de vétéran avec un TSPT sont davantage victimes de violence et utilisent également plus de violence envers leur conjoint que les conjointes de vétéran sans TSPT (Jordan et al., 1992 dans Galovski et Lyons, 2004). On trouve également qu'il y a plus de problèmes conjugaux, que les conjointes ont moins de joie et de satisfaction à l'égard de la vie ainsi que plus de démoralisation que les conjointes de vétérans n'ayant pas de TSPT (Jordan et al., 1992 dans Galovski et Lyons, 2004). Les recherches reconnaissent toujours deux composantes du TSPT particulièrement difficiles pour les familles : les explosions de colère et la restriction des affects (Galovski et Lyons, 2004).

Une thèse canadienne portant sur les conjointes de militaires fait également état de la situation. McLean (2006) fait ressortir que les conjointes vivent difficilement les moments agressifs ou violents (ou la peur de tels moments) de leur conjoint atteint d'un TSPT. Les femmes rapportent avoir l'impression de marcher sur des œufs et essaient de contrôler ou prévenir les crises de leur conjoint. Elles décrivent leurs conjoints comme ayant différentes personnalités, « des bombes émotionnelles » imprévisibles ce qui est cohérent avec l'étude de Galovsky et Lyons (2004). De plus, ces femmes décrivent une « souffrance iatrogène » qui se produit lorsque les aidants répondent de manière incrédule, réductionniste, dénégatrice ou avec beaucoup de retard (Matsakis, 1996a dans McLean, 2006). Les conjointes mentionnent les évaluations non nécessaires, les demandes d'aide à refaire plusieurs fois poussent les gens à abandonner (Canadian Forces Advisory Council, 2004). Cette souffrance cause des généralisations de la part des militaires et leur conjointe et ils perdent toute confiance envers le système entier. L'étude de McLean conclut en mettant de l'avant les besoins d'information, de stratégies d'adaptations et de soutien de groupe des conjointes.

1.9 Le résumé des connaissances

Les études scientifiques qui s'intéressent au TSPT proviennent en majorité du domaine de la psychologie et de la psychiatrie. Quelques-unes, surtout des mémoires et des thèses, proviennent du champ du service social. Dans la plupart des recherches consultées ont assisté à une méthodologie quantitative. Seules quelques-unes des études consultées utilisaient la méthode qualitative ou un mélange des deux méthodes. Les études effectuées en psychologie s'intéressent au développement, au maintien et au traitement du TSPT et les résultats sont des réponses à des hypothèses posées par les chercheurs. Les participants répondent aux questions des chercheurs et ils n'ont aucune place pour élaborer, expliquer, exprimer ou nuancer leurs réponses. Certaines études s'intéressent uniquement aux éléments purement psychologiques alors que d'autres incluaient aussi des éléments sociaux, tels que le soutien social et l'influence du contexte social et politique. Les théories servant à l'analyse de données sont les théories exposées précédemment, soit des théories psychologiques et psychiatriques.

Malgré la multitude de recherches au sujet du TSPT, peu s'intéressent aux services offerts et encore moins aux perceptions qu'ont les militaires et leur conjointe à l'égard de ces services. En fait, aucune ne s'intéresse sur le sens que prend le TSPT dans la carrière militaire ou sur la signification dans la vie du militaire. Les travaux effectués par l'ombudsman des FAC et la défense nationale sont ceux ayant abordé avec le plus d'intérêt la question des services, des besoins et de la satisfaction. Cependant, les conclusions et recommandations sont floues, peu définies et superficielles.

On dit s'intéresser aux besoins et aux services du côté des FAC, mais on ne les définit pas. Nous ne savons donc pas quels sont ces besoins et encore moins comment y répondre ce qui constitue une lacune importante. Comment pouvons-nous prétendre offrir des services adaptés qui répondent aux besoins alors que nous ne nous sommes pas véritablement intéressés aux besoins des militaires et de leur conjointe? Il doit, pour pouvoir attester d'un intérêt tangible, y avoir un effort soutenu et un désir de comprendre le sens que prend le TSPT pour les militaires et leur conjointe, car comprendre le sens c'est une ouverture sur le vécu émotif et les besoins qui s'y rattachent.

Après avoir constaté que les recherches actuelles se ressemblaient toutes en matière de méthodologie, d'objectifs, d'analyse et que les questions qui nous intéressaient n'étaient qu'effleurées, nous proposons une recherche qui aborde différemment les données autant dans la méthode que l'analyse des données recueillit. Les analyses de Goffman à propos des stigmates et celle de Becker sur les carrières de déviants éclaireront nos analyses, car aucune recherche jusqu'à présent ne s'est intéressée à la carrière de déviance de l'individu diagnostiqué d'un TSPT, du sens donné à ce diagnostic ou encore, à l'effet des stigmates sur le sens donné au TSPT chez les militaires et leur conjointe.

Chapitre deux : THÉORIES

*« What is defined or perceived by people as real is real in its consequences »
(Thomas and Thomas, 1928 : 572 cité dans Patton, M.Q., 2002)*

2.1 La posture épistémologique

L'épistémologie est l'étude de la connaissance; comment sait-on ce que l'on sait et comment justifie-t-on que l'on sait ce que l'on sait.

« Epistemology is the study of the nature (theory) of knowledge and justification. Epistemology is the kind of philosophy (or the primary role assigned to philosophy) valued in the scientific view of the world. In such a world, significant emphasis is placed on providing evidence for our claims to know, and philosophy has the task of examining the logic and methods involved in questions of *how* we know and what gives knowledge the property of being valid »(Schwandt, T.A., 2007).

Parmi les courants (ou paradigmes) épistémologiques, nous retrouvons le rationalisme, l'empiriste, le positivisme, le constructivisme et le réalisme. Un paradigme est :

« une série de croyances de base [...] parfois constituée en un système d'idées qui nous donne soit un jugement sur la nature de la réalité ou une raison pour laquelle nous devrions être satisfait d'en connaître moins que la nature de la réalité, avec une méthode pour saisir tout ce qui peut être connu » (Reese., 1980 : 352 dans Lincoln, Y.S et Guba, E.G., 2007) (traduction libre).

Un paradigme c'est un modèle qui guide notre conception du monde et la création de la connaissance. C'est cette conception du monde qui oriente le chercheur dans les choix méthodologiques qu'il fait. Le paradigme constructiviste a été choisi dans le cadre de ce mémoire.

2.2 Le paradigme constructiviste

Introduit au 20^e siècle le paradigme constructiviste renonce à l'objectivité et « considère la connaissance scientifique au même titre que n'importe quelle autre connaissance et propose que les sciences construisent (plutôt que révèlent) une réalité possible à partir d'expériences cognitives successives » (Riopel, M., 2005). Nous avons choisi le cadre constructiviste, car « ce qui est l'objet de la connaissance, ce n'est pas «le monde en soi», ni «le monde pour nous»

mais la façon dont nous construisons, dans l'action, nos connaissances du monde » (Mucchielli, A., 2009 : 35).

« constructivists study the multiple realities constructed by people and the implications of those constructions for their lives and interactions with others[...]A constructionist evaluator would expect that different stake-holders involved in a welfare program (e.g., staff, clients, families of clients, administrators, funders) would have different experiences and perceptions of the program, all of which deserve attention and all of which are experienced as real » (Patton, W.Q., 2002 : 96, 97 & 98).

Dans ce paradigme, on considère que la réalité est multiple que la « vérité » n'existe pas, que la connaissance de la vérité est une construction à partir des *a priori* scientifiques qui sont pris comme référence. La connaissance est donc toujours inachevée et ne peut prétendre être parfaite. Ce point de vue suppose également que l'esprit humain cherche constamment à « restaurer une consonance souhaitée » (Mucchielli., 2009) relier les choses, les comportements, les gens, etc. Le constructivisme propose que l'interprétation que l'on fait du monde dans lequel on vit définit notre réalité de ce monde. Les interprétations que l'on fait de ce monde dépendent de plusieurs facteurs tels que les processus cognitifs, émotionnels et sociaux. Notre réalité est donc basée sur le sens que l'on donne à nos expériences. Il en va de même des acteurs sociaux (comme les militaires).

« le constructivisme c'est l'idée qu'il y a une différence entre ce qui serait la vérité, la réalité objective ou ontologique d'une maladie et l'idée que l'on s'en fait par les théories médicales, psychologiques, religieuses, etc. Le constructivisme s'intéresse à la façon dont ces idées, ces théories médicales et psychologiques sont produites par les hommes pour chercher à approcher au mieux la «réalité objective» du phénomène pathologique. Et l'intérêt de démontrer que les choses ne sont pas simples repose sur au moins 2 raisons : a) les différents acteurs en jeu (malades, proches, docteur, assurances, etc.) agissent et prennent leurs décisions en fonction de l'idée qu'ils sont font de la maladie et non de la nature intrinsèque ou objective, même si le pari de chacun est que les 2 coïncident suffisamment b) ensuite en particulier dans le domaine des troubles psychiques parce qu'il semble difficile de distinguer clairement entre la maladie et elle-même et l'idée de que l'on s'en fait ». (Loriol, M., 2012 : 78)

C'est pourquoi il est si important de comprendre le sens que les militaires donnent à ce qu'ils sont, se qu'ils font et au diagnostic de TSPT, car cette vision est déterminante de leur senti, de leur sentiment de réussite, d'échec et également des moyens qu'ils mettent en œuvre pour s'en sortir. Cette méthode et cette analyse sont différentes de celle choisie par la majorité des chercheurs dans le domaine, en plus du fait qu'il est question d'un sujet que la société considère comme relevant ou appartenant au domaine médical ou psychologique. Comme nous l'avons mentionné ultérieurement le TSPT a été socialement construit et il est pertinent de continuer en se

sens en offrant une analyse constructiviste des besoins, des attentes et de la satisfaction des militaires et leur conjointe en matière de services reçus. Nous nous intéressons également, à l'intérieur du constructivisme, à l'interactionnisme symbolique qui réfère au sens que l'individu donne aux choses et comment il agit selon le sens qu'il donne à ce qu'il vit. Ce sens vient des interactions que l'individu a avec les autres.

« L'interactionnisme symbolique a souligné la nature symbolique de la vie sociale : les significations sociales doivent être considérées comme « produites par les activités interagissantes des acteurs » (Blumer, 1969, p.5) ». [...] C'est la conception que les acteurs se font du monde social qui constitue, en dernière analyse, l'objet essentiel de la recherche sociologique » (Mucchielli, A., 2009 : 120).

Comment ces interactions interviennent-elles dans la création de sens de ce diagnostic pour les militaires avec un TSPT et leur conjointe? Et comment ce sens donné influence-t-il leurs besoins, leurs attentes et leur satisfaction?

2.3 Les théories d'analyse de données

Nous avons choisi la théorie des stigmates de Goffman et la théorie de la carrière de déviant de Becker afin d'analyser les données recueillies. Voici une brève description de ces théories. Un stigmaté est « un attribut qui jette un discrédit profond » (Goffman, E., 1975 : 13) sur un individu. Il y a d'abord le discrédité (celui dont le stigmaté est visible) et ensuite le « discréditable » (celui dont le stigmaté n'est pas visible au premier coup d'oeil). De même, Goffman considère qu'une catégorie renvoie à une identité sociale. Cette identité étant ce qui est attendu d'un individu, les préjugés le concernant. Si la personne ne correspond pas à ce qu'elle est censée être, cet attribut devient source de stigmaté négatif.

Comme Goffman le propose, l'individu stigmatisé passerait au travers un processus qu'il appelle un « itinéraire moral ». Cet itinéraire comprend deux phases a) apprentissage et intégration de ce qui est considéré comme normal par les normaux (ceux qui ne divergent pas de ce à quoi nous nous attendons). Il y a aussi acquisition d'image de soi et de ce qu'implique de posséder un stigmaté; b) la personne apprend qu'il possède un stigmaté et connaît en détail les conséquences que cela implique. C'est l'enchaînement des phases 1 et 2 qui construit la structure dans laquelle l'individu se développera et qui dictera son évolution, son itinéraire moral. Goffman décrit quatre types de structures possibles : a) ceux qui ont un stigmaté de naissance et qui se socialisent avec

tous, sans protection; b) ceux qui ont un stigmate de naissance et qui sont socialisés dans un environnement contrôlé, de protection, et découvre par la suite leur différence, car l'environnement ne peut plus jouer son rôle de protecteur; c) ceux qui deviennent stigmatisés plus tard dans leur vie ou qui apprennent qu'ils ont toujours risqué le discrédit. Ceux-là vivent une grande réflexion sur leur passé, leur identité; et d) ceux qui ont été socialisés dans une autre communauté, hors de la société des normaux et doivent apprendre une seconde manière d'être. C'est avec des allées et retour entre comment il se percevait avant et comment il se perçoit maintenant que l'individu s'identifie, soutient et participe à sa nouvelle catégorie stigmatique.

« Lorsqu'il retrace son itinéraire moral, l'individu stigmatisé fait ressortir, pour les enrichir rétrospectivement, certaines expériences qui lui servent à expliquer comment il en est venu aux opinions et aux comportements qu'il a désormais à l'égard des siens et des normaux [...] une expérience souvent choisie pour ce faire est celle par laquelle l'individu nouvellement stigmatisé apprend que certains membres à part entière du groupe où il va entrer ressemblent tout à fait à des êtres humains ordinaires » (Goffman, 1975, p.53).

Quant à Becker, son idée est de montrer qu'une fois qu'un acteur social, un phénomène ou une problématique sont entachés du processus du stigmate (Goffman, 1975) ses interactions avec l'environnement social en sont transformées. Le stigmate marque les interactions sociales. L'étiquette de déviant est attribuée dans un processus où un stigmate est accolé par le groupe. Car comme Becker le précise, il existe quatre manières de vivre la déviance; le déviant secret (celui qui commet un acte jugé déviant, mais qui ne se fait pas prendre); le déviant pur (celui qui a commis un acte désobéissant à la norme et qui est vu comme déviant); l'accusé à tort (celui qui a un comportement conforme, mais qui est identifié comme déviant) et finalement le conforme (celui qui se conforme et qui est vu comme tel).

	Obéissant à la norme	Transgressant la norme
Perçu comme déviant	Accusé à tort	Pleinement déviant
Non perçu comme déviant	Conforme	Secrètement déviant

Chacune des rencontres sociales amène des dynamiques relationnelles qui forment un processus complexe ayant un effet sur la construction de sens donné à l'étiquette. C'est cette succession de processus dont nous entretient Becker dans *Outsiders* (1973). Successions qui font en sorte que l'individu s'engage dans une carrière « déviante » jalonnée d'étapes à travers lesquelles il apprend sa « déviance », étapes qui amènent une certaine forme d'irréversibilité puisque l'individu est transformé par ces étapes. Les personnes identifiées comme déviantes partagent l'étiquette de déviance et l'expérience de sens de cette étiquette.

La carrière de déviant, bien que chacune soit différente, passe par les étapes similaires suivantes : a) l'identification du problème ou du comportement déviant et parfois la connaissance de cette déviance par d'autre; b) donner un sens à l'acte et une raison de continuer à être déviant; c) construction d'une structure stable et une nouvelle identité publique (si le comportement est connu) et d) faire partie, s'identifier et appartenir à un groupe. D'ailleurs comme Becker l'explique la quatrième étape a des conséquences importantes, car le groupe rationalise sa déviance, développe un historique complexe (légal, psychologique, social, etc.). Le groupe propose aussi des outils pour continuer à vivre avec cette déviance en minimisant les effets négatifs qui peuvent y être associés. Comme pour les militaires par exemple, l'appartenance à ce groupe est un stigmate et constitue également une carrière déviante. Donc, un individu qui entre dans un groupe s'y sent de plus en plus confortable et s'y associe. Tout au long de ce processus d'apprentissage, il doit revoir sa perception de lui-même et des autres ayant la même déviance que lui pour préserver son estime personnelle. Il redéfinit ainsi son identité sociale afin que celle-ci soit conforme au groupe auquel il appartient dorénavant. Nous croyons que ce processus est vrai autant pour les militaires « sains » que pour ceux qui reçoivent un diagnostic de TSPT. Notons aussi que la personne qui est identifiée comme déviante, comme *Outsider*, peut avoir une vision différente de la situation et considérer que ceux qui la jugent ne sont pas compétents et n'ont pas la légitimité de la juger et considérer que ses juges sont des *Outsiders*. Puisqu'une société se constitue de plusieurs groupes ayant chacune des règles qui leurs appartiennent. Il est déviant pour un groupe, mais pas pour l'autre.

« *social groups create deviance by making the rules whose infraction constitutes deviance and by applying those rules to particular people and labeling them as outsiders. From this point of view, deviance is not a quality of the act the person commits, but rather a consequence of the application by others of rules and sanctions to an "offender"* » (Becker, 1973, p.9)

Certaines étiquettes sont plus stigmatisantes que d'autres, c'est le cas par exemple de l'homosexualité entre hommes au sein de l'armée américaine (Bérubé, A., 1990; Shilts, R., 1994).

Pour résumer, cette recherche s'appuie sur une vision constructiviste de la réalité et propose des théories d'analyses de données cohérentes avec cette vision. Nous pensons que ces théories s'appliquent au phénomène étudié et offrent un point de vue différent et social de la problématique du TSPT chez les militaires canadiens et leur conjointe. Il sera possible de comprendre et expliquer les attentes, les besoins des militaires et leur conjointe et la satisfaction liée aux services qui leurs sont offerts avec ces théories. Finalement, avec l'aide de ces théories nous pourrons formuler des pistes de solutions en matière de services offerts aux militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe. Le chapitre suivant discute de la méthodologie employée afin d'arriver à ces fins.

Chapitre trois : MÉTHODOLOGIE

3.1 La méthodologie

Comme nous l'avons exposé précédemment, les méthodes utilisées afin d'explorer la réalité des militaires et des familles en lien avec le TSPT sont variées et parfois mixtes. On utilise souvent un mélange (ou non) entre questionnaires, entrevues, l'évaluation de résultats lié à des thérapies ou encore l'utilisation de mesure objective (échelles de mesure diverses comme le *Modified Life Stressor Checklist* (Wolfe, Kimerling, Wilson, & Keane, 1997); le *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet, Damen, Zimet, & Farley, 1988); et la version militaire du *PTSD Checklist* (PCL; p. ex., Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, & Forneris, 1996; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993). Ces méthodes ne permettent pas une grande liberté aux répondants quant aux thèmes abordés, à l'élaboration de leur expérience unique et à la compréhension de leur réalité particulière, dont la signification qu'ils donnent à leurs expériences de vie. Quelques recherches utilisent le focus group, les entrevues dirigées ou semi-dirigées dont entre autres le rapport Marin (2002), le rapport de McFadyen (2008), le rapport de Daigle (2012), le mémoire d'Hudon (2003), la thèse de McLean (2006), le rapport de *Soutien Social-Blessure de Stress Opérationnel* (SSBSO) commandé par le ministère de la Défense nationale (SSBSO, 2004) ainsi que le rapport du comité permanent de la défense nationale (2009). Ces méthodes permettent davantage de liberté dans les réponses données et une certaine liberté quant aux thèmes abordés en fonction de la flexibilité de la grille d'entrevue utilisée.

Quant aux méthodes d'échantillonnage, elles sont variées selon le type d'étude (qualitatif ou quantitatif) ainsi que la proportion de l'échantillon de répondants désirés ou possibles.

Afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous devons utiliser une méthode permettant une grande liberté d'expression aux répondants. Cette méthode doit leur permettre de raconter leur expérience du diagnostic, des services reçus ainsi que du sens que prennent ces expériences. La méthode choisie doit permettre de comprendre les besoins et évaluer la satisfaction à l'égard des services reçus sans proposer de réponse ou orienter les répondants. Elle doit amener les

répondants à formuler leurs propres réponses, représentation et à donner un sens à leur expérience.

3.2 L'analyse des données

Dans cette recherche qualitative exploratoire (Trudel, L., Simard, C., et Vonarx, N., 2007), l'analyse des données fut guidée d'une part par les étapes d'analyse de la théorisation ancrée tel que décrites par Paillé et d'autre part par l'analyse inductive telle que décrite par Blais et Martineau (2006). Cette méthode vise à faire émerger et décrire les catégories les plus importantes ayant ressorti de l'analyse. Les auteurs proposent une méthode en quatre étapes afin de faire le codage et faire ressortir les catégories. Ces étapes sont : préparer les données brutes, lire attentivement et en profondeur les données, identifier et décrire les premières catégories et finalement, poursuivre le raffinement et la révision des catégories. Puisque nous nous inspirons également de Paillé et de l'analyse par théorisation ancrée, ces étapes furent effectuées de manière simultanée avec la collecte de données (Paillé, P., 1994 : 152). Comme il l'explique, «le geste fondamental de ce type de démarche est une demande constante de compréhension : en interviewant, en observant, en lisant les transcriptions d'entrevues ou les documents recueillis, le chercheur est analyste et l'analyste est chercheur, tentant de toujours mieux comprendre, cerner, expliquer, théoriser le phénomène faisant objet de son étude» (Paillé, 1994). Pour Paillé, l'analyse par théorisation ancrée consiste à théoriser, soit : «dégager le sens d'un évènement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière» (Paillé, P., 1994). Cette méthode d'analyse correspondait tout à fait à nos intentions et besoins puisque nous avons cherché à décrire et interpréter, entre autres, le sens que les militaires et leur conjointe donnent au diagnostic de TSPT. Les étapes d'analyse proposées sont les suivantes : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation. Pour cette recherche, nous avons terminé l'analyse à l'étape de la mise en relation.

3.2.1 La codification

À la suite de la première entrevue, comme le veut l'analyse par théorisation ancrée, nous avons préparé les données en écrivant le verbatim et en laissant un espace dans la marge gauche. Nous

avons imprimé le document et comme le propose Thomas (2006, p.242 dans Blais, M et Martineau, S., 2007), nous avons identifié des segments de texte en lien avec nos objectifs de recherche. Nous avons également dégagé et résumé les propos du répondant en nous posant les questions suivantes : qu'est-ce qu'il y a ici? Qu'est-ce que c'est? de quoi est-il question? Pour chacune des sections. Cela nous a permis d'identifier certains aspects à explorer chez les autres sujets; par exemple, la présence d'un militaire ou d'une personne portant un uniforme dans la famille. Nous avons, pour chacune des entrevues réalisées, procédé à ce codage. Le codage d'une entrevue se faisant en ayant en tête le codage de l'entrevue précédente et des aspects à explorer lors des entrevues à venir.

3.2.2 La catégorisation

L'étape suivante fut de rassembler les codes et de définir des catégories. Il fut tout d'abord question d'étiqueter des parties de texte par un mot ou une courte phrase pour identifier la catégorie. Par exemple, les commentaires liés à ce qui amena le répondant à consulter un professionnel de la santé mentale ont formé la catégorie «déclencheur à la consultation». Ensuite, nous avons regroupé les catégories qui se recoupaient ou étaient redondantes afin de former une catégorie (Blais, M., et Martineau, S., 2007). Afin de faciliter la démarche, nous avons élaboré de gros tableaux regroupant les codes en catégories. Les catégories furent créées à partir des questions suivantes : que se passe-t-il ici? de quoi s'agit-il? Je suis en face de quel phénomène? Comme suggérées par Paillé, les catégories choisies doivent être fortes de sens, avoir «un fort pouvoir évocateur» (Paillé, P., 1994). Voici quelques catégories restantes à la fin de l'exercice : regard des autres, croyances, identité, lumières rouges.

3.2.3 La mise en relation

Une fois les catégories créées et définies, nous avons tenté de comprendre les relations existantes entre les différentes catégories. Ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là? En quoi et comment est-ce lié? Sont les questions que nous nous sommes posées afin de créer un schéma explicatif, un modèle.

3.3 La validation

Nos critères de validation sont : l'acceptation interne, la complétude, la saturation, la cohérence interne et la confirmation externe. L'acceptation interne fait référence au fait que le chercheur propose des résultats qui ont du sens au milieu et aux acteurs impliqués (Mucchielli, 2009 : 1). Nous avons soumis nos résultats aux acteurs afin d'obtenir leur rétroaction par rapport aux résultats et l'interprétation que nous en avons faite. Nous avons également soumis nos résultats préliminaires à certains informateurs clés (intervenants, militaires et conjointes). De plus, avant d'amorcer le projet nous avons discuté de notre étude à des officiers militaires et des gestionnaires de services des FAC. Ceux-ci ont jugé notre recherche pertinente ce qui montre que le milieu a accepté cette recherche comme étant valide et pertinente. La complétude quant à elle renvoie à «la qualité de l'interprétation des résultats [...] lorsque l'interprétation des résultats optimise la plus grande variation possible entre les catégories d'analyses retenues, en utilisant le plus petit nombre de concepts» (Mucchielli, 2009 : 23). De plus, «la complétude vise aussi à obtenir un résultat maximalisé le plus exhaustif, en discutant des résultats préliminaires avec d'autres chercheurs et intervenants spécialisés dans l'une ou l'autre des questions traitées» (Lajeunesse, 2007 : 75). Nous nous assurerons que les catégories conceptuelles émergentes soient en accord avec ce critère de validation notamment en consultant des intervenants et des chercheurs oeuvrant dans le domaine. La saturation quant à elle, comme mentionnée précédemment, renvoie au phénomène qui se produit après un certain nombre d'entrevues, soit qu'aucun élément nouveau n'apparaît. Il devient alors inutile de faire d'autres entrevues. Bien qu'en utilisant un cadre théorique constructiviste nous considérons que la généralisation n'est pas possible à cause de «la richesse et de la complexité des faits humains» (Mucchielli, 2009 : 226), l'atteinte de «la saturation permettra au chercheur de produire un savoir riche, adéquat et nuancé, intimement rattaché aux contextes à l'intérieur desquels ils auront été produits» (Mucchielli, 2009). Quant à la cohérence interne, elle est atteinte lorsque le chercheur fait les efforts nécessaires pour rendre l'argumentaire de la recherche logique. C'est-à-dire que «les résultats, les interprétations et les hypothèses sont plausibles compte tenu des données recueillies et de l'analyse effectuée» (Mucchielli, 2009 : 20). La supervision du directeur de mémoire et des différents comités d'évaluation permet l'atteinte de la cohérence interne (Lajeunesse, 2007 : 76).

Finalement, la confirmation externe correspond à la capacité du chercheur «d'objectiver les données recueillies» (Mucchielli, 2009 : 29) entre autres en préparant des schémas d'entrevues, en recoupant des méthodes de cueillette de données et en mettant à contribution des gens extérieurs à la recherche afin de vérifier et critiquer la recherche (Mucchielli, 2009).

3.4 L'échantillonnage

Notre intention était d'interviewer six militaires diagnostiqués d'un TSPT et six conjointes de militaire diagnostiqué d'un TSPT. Nous avons finalement interviewé trois militaires libérés des FAC depuis moins de trois ans, un militaire libéré des FAC il y a cinq ans et deux militaires toujours actifs. Tous avaient reçu un diagnostic de TSPT alors qu'ils étaient dans les FAC et avaient reçu des services en lien avec ce diagnostic lorsqu'ils étaient militaires. Nous avons également interviewé deux conjointes de militaire actif et une conjointe de militaire libéré des FAC depuis moins de trois ans. Les conjointes devaient avoir reçu des services en lien avec le diagnostic de TSPT de leur conjoint alors que celui-ci était dans les FAC.

Nous avons choisi d'interviewer des militaires et des conjointes de couples hétérosexuels afin d'assurer une saturation de données compte tenu de la petite taille de l'échantillon. Il n'existe aucun test considéré fiable pour déterminer l'orientation sexuelle d'une personne. Les personnes hétérosexuelles ne veulent être confondues avec des personnes homosexuelles (Welzer-Lang, D., Dutey, P., Dorais, M., 1994; Borrillo, D., 2001). Les autodéclarations d'orientation sexuelle sont fiables (Lajeunesse, 2007) nous nous baserons donc sur les autodéclarations des participants. Le titre de la recherche met en évidence le sujet de la recherche et il est exposé dans la publicité que nous avons utilisée, nous n'inclurons donc pas de question à cet effet dans l'entrevue téléphonique servant à la sélection des participants.

Nous considérons important de mentionner que nous ne recherchons pas des couples. Nous avons choisi de ne pas interviewer des couples pour les raisons suivantes : tout d'abord, interviewer des individus permet d'élargir le spectre de couverture des répondants puisque les répondants parleront également de leur conjoint lors des entrevues, ce qui augmente la couverture à dix-huit histoires. En second lieu, le recrutement de couple est plus difficile, car il nécessite beaucoup plus de temps que le recrutement d'individu «indépendant en couple» puisqu'il y a toujours le risque que l'un des membres du couple ne souhaite pas participer à l'étude. Compte tenu du délai

qui nous est imparti et des difficultés déjà nommées, choisir des répondants dans des couples différents assurait la faisabilité du projet et ajoutait à son exhaustivité.

Le second critère primordial est celui du diagnostic de TSPT chez le militaire, ou chez le conjoint dans le cas des conjointes de militaire. Nous n'avons fait aucun test, ni n'avons demandé de preuve de ce diagnostic puisqu'il est peu probable qu'une personne n'ayant pas ce diagnostic souhaite participer à ce type de recherche, surtout s'il n'est pas rémunéré. Nous avons utilisé le même raisonnement pour les conjointes. Recevoir un diagnostic quel qu'il soit n'est pas souhaitable, surtout au sein des FAC. De plus, il aurait été facile de nous rendre compte qu'un individu n'avait pas reçu de diagnostic de TSPT compte tenu de notre expérience auprès de ces hommes et ces femmes. Le métier, le grade, le statut d'emploi, le nombre d'années dans les FC ainsi que le nombre d'enfants des répondants ne constituaient pas des critères d'inclusion, cependant ces caractéristiques ont été recueillies aux fins d'analyse. Nous avons recueilli ces données sociodémographiques afin d'avoir une bonne connaissance des répondants et à des fins de comparaison et d'analyse. L'anonymat et la confidentialité ont été préservés en nous assurant qu'un participant ne puisse être identifié, certains détails ont donc été modifiés. L'âge des répondants sera considéré lors de l'analyse des données, mais ne constitue pas un critère d'inclusion ou d'exclusion. Les participants devaient être francophones, hétérosexuels, d'origine blanche caucasienne et de nationalité canadienne afin d'obtenir une saturation de donnée plus rapidement. Nous avons choisi de ne pas limiter l'âge des participants afin faciliter le recrutement.

3.5 Le recrutement

Le recrutement fut difficile compte tenu de la population à l'étude. Les militaires et leur conjointe étant une population difficile à rejoindre à la base, les convaincre de nous parler d'un sujet tabou l'est encore plus. N'ayant reçu aucun appui de la part des FAC pour mener cette recherche, nous n'avons donc pas accès à leurs ressources telles que les journaux militaires, nos collègues de travail, des publicités dans leurs locaux, etc. Notons que d'autres chercheurs, comme Hudon par exemple, ont fait face aux mêmes difficultés. Les ACC ont également refusé de nous permettre d'afficher des publicités de notre recherche dans leurs locaux et dans leur journal. Nous avons donc compté sur le bouche-à-oreille dans les différents regroupements de vétérans, auprès de

journalistes et chercheurs impliqués auprès des vétérans afin de nous recommander des participants potentiels. Notre échantillonnage était donc non-probabiliste par réseaux. S'ils souhaitaient participer, les gens pouvaient entrer en contact avec nous par courriel et par téléphone. Lors du premier contact par téléphone ou en personne, nous leur posons des questions afin de vérifier s'ils respectaient les critères d'inclusions ci-haut mentionnés. Si tel était le cas, nous fixons un rendez-vous avec eux pour procéder à l'entrevue. Avant d'amorcer l'entrevue, les participants ont signé un formulaire de consentement et ont reçu une copie de celui-ci. Une liste de ressources gratuites auxquelles ils ont accès leur a aussi été remise.

3.6 La collecte de données

L'entrevue semi-dirigée est la stratégie de cueillette de données que nous avons utilisées. Les entrevues ont été enregistrées et ont duré entre 56 et 150 minutes. Certains racontent leurs expériences comme militaire et comme personne diagnostiquée d'un TSPT avec détail. Ceux-ci démontrent aussi une grande émotivité lors de l'entrevue (frapper sur la table, hausser la voix, voix qui tremblote, moment de silence chargé, retient des larmes). D'autres sont peu émotifs, font peu de descriptions et effleurent les détails de leur vie personnelle, professionnelle et familiale. Les entrevues ont été réalisées dans des lieux qui leur convenaient. Ce choix permettait aux répondants d'être à l'aise, limiter leur déplacement et de préserver leur anonymat. L'entrevue semi-dirigée ou «interview non directive centrée» telle que définie par Mucchielli est «utilisée pour le recueil d'informations qui dépendent de la subjectivité des acteurs (description, point de vue, analyse, ressenti...)» (Mucchielli, A., 2009 : 122). La «non-directivité» permet à l'acteur une liberté d'expression quant à la question posée, d'ailleurs les questions sont plutôt des thèmes à explorer qui agissent comme point central à la réflexion de l'acteur. Afin de répondre à nos objectifs de recherche nous avons choisi d'explorer les thèmes suivants lors des entrevues : culture militaire, le trouble de stress post-traumatique, les besoins et les services.

3.7 Les données démographiques

Dans le cadre de cette recherche, nous avons interviewé des militaires actifs, des militaires retraités ainsi que des conjointes de militaire. Parmi les militaires interrogés, deux sont toujours des membres actifs des FAC et quatre sont retraités, pour un total de six répondants. Au moment

de l'entrevue, les militaires interrogés sont âgés de 37 à 52 ans (moyenne de 45,5 ans). Quatre d'entre eux sont caporaux, l'un est sergent et l'un est adjudant-maître.⁸ Ils se sont enrôlés entre l'âge de 18 et 28 ans (moyenne de 21, 6 ans) et ont entre 9 et 34 années de service dans les FAC (moyenne de 23.2 années). Le nombre de missions effectuées varie entre une et six (moyenne de 3.8 missions). Tous ont reçu un diagnostic de TSPT entre 2005 et 2012. Ceux ayant été libérés des FAC l'ont fait entre 2008 et 2012. Cinq sur six sont présentement en couple, mais tous ont été en couple à un moment où l'autre de leur carrière militaire. Cinq sur six ont des enfants (un ou deux), ceux-ci étant âgés de six et 21 ans.

Les conjointes interviewées sont âgées de 37, 42 et 54 ans au moment de l'entrevue. Rappelons que nous ne cherchions pas des couples pour participer cette recherche, donc les conjointes interrogées ne sont pas les conjointes des militaires interrogées précédemment. Les conjoints des répondantes ont les grades de caporal, adjudant et adjudant-maitre, cumulent de 20 à 32 ans de carrière dans les FAC et ont participé à plus de 4 missions chacun. Les diagnostics de TSPT chez les conjoints ont été émis en 2010 ou 2011. Deux des trois conjoints sont toujours des membres actifs des FAC. Deux sur trois ont des enfants avec leur conjoint actuel et une à des enfants d'une union précédente. Les enfants sont âgés de 6 à 21 ans.

3.8 La définition des concepts

Pour les besoins de cette recherche, et afin de créer un cadre dans lequel nous aurons tous une même définition de certains thèmes centraux, nous souhaitons à présent définir les termes suivants :

Services : Lorsqu'il est question des services, nous entendons les services offerts par les forces canadiennes (FC) lorsqu'un diagnostic de TSPT survient. Nous avons recensé les services suivants : les services médicaux et psychosociaux des FAC, les services des centres d'orientation et de sélection du personnel (COSP), les services du programme du soutien au personnel (PSP) et des programmes de sports et loisirs (PSL), les services du Centre intégré de soutien au personnel

⁸ Tous les répondants sont des membres du rang; voici en ordre croissant les grades des membres du rang (pour les éléments terre et air): soldat, caporal, caporal-chef, sergent, adjudant, adjudant-maître, adjudant-chef. Bien que nous n'ayons aucun officier ayant pris part à cette recherche, voici tout de même les grades en ordre croissant : sous-lieutenant, lieutenant, capitaine, major, lieutenant-colonel, colonel, brigadier-général, major-général, lieutenant-général, général.

(CISP), les services financiers du régime d'assurance vie et de retraite pour les militaires (SF RARM), les services du Centre de ressources pour les familles des militaires (CRFM), les services de soutien social-blessure de stress opérationnel (SSBSO), les services de l'aumônerie, le programme d'aide aux membres des forces canadiennes (PAM FC) et les cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel (CTSO). Dans le cadre de cette recherche, ce sera aux répondants d'identifier les services qu'ils ont reçus et de les décrire. Ils devront également nous faire part de leurs attentes face aux services et leur satisfaction à l'égard des services reçus. Il est donc possible que certains n'aient pas reçu de service de l'un ou l'autre des services énumérés précédemment. Cela pourra nous renseigner sur le «non-recours» à certains services.

Besoins : Comme mentionné dans l'encyclopédie du travail social ((Dover, M.A., & Hunter Randall Joseph, B., 2008) la notion de besoin humain est un concept important pour les politiques sociales et le travail social. Bien que ce concept soit contesté et qu'aucune définition n'ait été établie, il n'en demeure pas moins que l'articulation des services et des politiques se forme autour de ce concept. D'ailleurs tout au long du développement de la profession du travail social on fait référence aux besoins (*needs*) en utilisant des termes comme «needy, neediness, needful, in need» (Dover, M.A., & Hunter Randall Joseph, B., 2008), même encore aujourd'hui ce concept demeure central à la pratique. Mais qu'est-ce qu'un besoin et que sont ces besoins? Plusieurs auteurs ont proposé des définitions et des théories de ce concept, aucune ne fait consensus. Les théories principales utilisées en service social sont celles de Fromm (1955), de Maslow (1943), et celle de Murray (1938) (Dover, M.A., & Hunter Randall Joseph, B., 2008). Plus récemment, Doyle et Gough (1991) proposent eux aussi une théorie sur les besoins humains. Dans le cadre de cette recherche, un besoin sera un concept identifié comme tel par les répondants. C'est-à-dire que ce seront les répondants qui identifieront ce qui pour eux est un besoin.

TSPT : Le trouble de stress post-traumatique a été défini au chapitre I.

Militaire : Dans cette étude, un militaire est une personne ayant déjà été rémunérée par les FAC et qui ont suivi un entraînement militaire spécifique. Qu'il ait été de la force armée, navale ou aérienne, qu'il ait fait partie de la force régulière ou de la force de réserve, qu'il ait été officier ou membre du rang.

Conjointe : Nous considérons qu'une conjointe, de militaire dans le cas présent, est une femme qui vit avec un militaire depuis plus d'un an et qui s'identifie comme étant la conjointe d'un militaire.

Perception : Selon Bloom et Lazerson (1991), une perception est une «prise de conscience de l'existence d'objets et d'évènements dans notre environnement obtenu par le biais de l'interprétation par le cerveau de données sensorielles». Les auteurs précisent

«qu'arrivé à un certain point du processus d'intégration sensorielle le cerveau commence à comparer l'information nouvelle associée aux éléments du milieu observé, avec d'autres objets et événements perçus antérieurement. La combinaison de l'information perçue à ce moment avec le souvenir d'entités ou d'objets similaires provenant d'une expérience antérieure, permet à l'individu de percevoir et de déduire la nature et la signification de ce qui vient d'être senti (Bloom, F. et Lazerson, A., 1991 : 89).

Cette définition aborde les différentes composantes de la perception : les sens par lesquels l'information «entre», le processus cognitif qui interprète l'information en la comparant avec des expériences antérieures et qui donne un sens à ce qui est observé et comment il est vécu émotionnellement.

Satisfaction : Selon le dictionnaire Le Petit Robert (2015), la satisfaction se définit comme étant un «sentiment de bien-être; plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable. Action de contenter, de satisfaire (un besoin, un désir)». Nous avons choisi cette définition de la satisfaction puisque le sens qui sera donné à ce mot par les répondants sera le sens commun et le dictionnaire choisi fait explicitement ce travail.

La méthodologie ayant été exposée et les concepts définis, voyons au chapitre suivant les résultats que nous avons recueillis.

Chapitre quatre : RÉSULTATS

4.1 Le portrait des répondants

Nous commencerons par exposer le portrait des répondants en ce qui concerne leur motivation à faire partie des FAC ainsi que les valeurs auxquelles ils croient et adhèrent comme militaire. Par la suite, nous ferons un portrait des conjointes interrogées; leurs croyances à l'égard des militaires et de leur conjoint ainsi que des rôles et responsabilités qui selon elles, leur incombent.

Tableau II - Profil des militaires

Année du diagnostic de TSPT	2005 à 2012
Nombre de missions	1 à 6
Âge au moment des entrevues	37 à 52 ans
Âge entrée dans FAC	18 à 28 ans
Nombre d'années de service FAC	9 à 34 ans
Année de libération (sortie des FAC)	2008 à 2012
Grade	caporal, sergent, adjudant-maître
En couple	5 sur 6
Enfants et âges	5 sur 6 ont des enfants (1 ou 2 enfants entre 6 et 21 ans)
Personne significative portant uniforme	5 sur 6
Cadets dans adolescence	3 sur 6
Motivations	action, voyage, aventure, être justicier, fraternité et qualité de vie
Être un bon militaire c'est...	aider et protéger; entraîné et discipliné; faire preuve de leadership

*Consulter l'annexe I (p.xii) pour le tableau détaillé; consulter l'annexe V afin d'avoir un tableau des insignes et grades des forces armées canadiennes.

4.1.1 Les motivations d' enrôlement chez les militaires

La plupart des répondants ont une personne significative de leur entourage qui a porté l'uniforme alors qu'eux-mêmes étaient enfants (n=5). Celui qui n'avait personne de son

entourage ayant porté un uniforme a quant à lui fait partie des cadets dans son adolescence. D'ailleurs, un total de trois répondants ont également appartenu à un corps de cadets dans l'adolescence. Deux répondants affirment que ce contact avec une personne ayant porté un uniforme joue un rôle important dans leur décision de devenir un membre de FAC.

«En plus, il y avait un de mes oncles qui était dans la marine. Pis chaque fois qui descendait en vacances, il partait d'Halifax parce qu'il était dans la marine faque y descendait et il venait ME voir. force de venir me voir un moment donné, j'ai commencé à adorer, à aimer ça l'armée, pis les soldats [...] » (Alain)⁹.

Chez les autres répondants, d'autres facteurs sont entrés en jeu tel que le contact avec les cadets et les films de guerre. La majorité des militaires interviewés s'engagent dans les FAC pour l'action, l'aventure et le voyage (n=5). Les autres motivations poussant les répondants à s'enrôler sont la fraternité, la qualité de vie et le désir d'être un « justicier ».

4.1.2 Les valeurs et la perception que les militaires ont d'eux-mêmes

Pour les militaires interrogés, un bon militaire est une personne entraînée, disciplinée et prête à servir en tout temps. Elle doit également faire preuve de leadership. Vouloir aider et protéger les autres et leur pays est, pour eux, un préalable pour devenir membre des FAC.

« Qu'est-ce que ça veut dire être militaire, c'est la fierté de défendre ton pays [...] en général on fait des missions pour aider le monde en bout de ligne faque tu penses trouver un moment d'aider, sinon ben tu sauves ton peuple [...] » (Bruno).

Ils se considèrent tous comme de bons militaires. Faire partie des FAC représente pour eux une grande fierté, un honneur. D'ailleurs, les FAC ont adopté en 2013 un nouveau slogan qui reflète très bien les propos des militaires interviewés : Forts. Fiers. Prêts.

4.1.3 Les perceptions des conjointes à l'égard des militaires

Les conjointes interviewées perçoivent les militaires comme étant des héros, des personnes qui souhaitent protéger leur pays et aider les autres.

« Tu peux pas dire tu es militaire sans vouloir aider, parce que si tu es militaire pis que tu fais ça juste pour ta petite personne tu ne feras pas long, tu ne feras vraiment pas longtemps, tu ne feras pas long de carrière dans les forces parce que ça fait partie, ça fait partie là, d'aider les gens [...] Pour moi, si tu es capable de te mettre en deuxième pour le bien-être de quelqu'un d'autre, tout le temps, ça c'est la définition d'un héros » (Alice).

⁹ Tous les noms utilisés sont des noms fictifs.

Tableau III- Profil des conjointes

Année du diagnostic de TSPT de leur conjoint	2010-2011
Nombre de missions des conjoints	4 à 6
Âge des conjointes au moment de l’entrevue	37, 42 et 54 ans
Nombre d'années de service du conjoint dans les FAC	entre 20 et 32 ans
Année de libération du conjoint (sortie des FAC)	2012
Grade	caporal, adjudant, adjudant-maître
Enfants et âges	entre 2 et 3 enfants (âgés entre 6 et 21 ans)
Rôles et responsabilité de la conjointe d'un militaire	voir au bien-être de son conjoint et des enfants; pilier de la famille
Une bonne conjointe de militaire est...	autonome, indépendante, résiliente et à un bon équilibre personnel
un militaire c'est...	un héros; il aide et protège les autres

*Consulter l’annexe II (p.xiii) pour le tableau détaillé

Les autres caractéristiques qu’elles associent aux militaires sont : le sacrifice, l’excellence, la performance, la force physique et de caractère.

« Je pouvais pas croire qu’on était traité comme ça, je pouvais pas croire qu’après tous les sacrifices qu’il avait faits [...] qu’on était traité comme ça, je peux pas le croire, je ne pouvais pas croire que c’était ça qui était arrivé. Dans ma tête là c’est encore inconcevable qu’on était, pis encore, qu’on est aussi ignoré, délaissé; comme si on dérangeait leur petite vie ben maudit sacrifice c’est toujours ben ton travail là d’aider là, té médecin!» (Alice).

Pour chacune d’elle, leur conjoint est une personne exceptionnelle en droit de recevoir les meilleurs soins et services qui soient.

4.1.4 Les rôles et responsabilités des conjointes

Les conjointes interrogées détiennent selon elles, des rôles et responsabilités à l’égard de leur conjoint militaire et de leur enfant. Parmi ces responsabilités figure le bien-être de leur conjoint et leurs enfants. Elles pensent avoir un rôle de pilier auprès d’eux. Elles considèrent également que les qualités requises pour être une « bonne » conjointe de militaire sont les suivantes : l’autonomie, l’équilibre personnel, la résilience et l’indépendance.

[...] je travaille, j’ai mes enfants, je ne suis pas du genre à me morfondre à la maison [...] Il allait en exercice, il allait à l’extérieur, moi je vivais très bien avec ça là, j’étais quand même bien entourée, avec un bon réseau on s’en sort quand même (2sec) bien (1sec) parce qu’on vivait pas mal tous les mêmes exercices

en même temps là. Moi personnellement, qu'il parte ou qu'il ne parte pas moi ça me dérangeait pas là » (Carole).

« Faut que tu sois une personne qui est très autonome pis qui est capable de gérer la vie. Faut une capacité de résilience assez forte à mon avis, pour réussir parce que j'ai connu bien des femmes qui aussitôt que leur mari partait c'était la dépression, pis c'était «je ne sais pas quoi faire» (Alice).

«Il allait en exercice, il allait à l'extérieur, moi je vivais très bien avec ça là, j'étais quand même bien entourée, avec un bon réseau on s'en sort quand même (2sec) bien (1sec) parce qu'on vivait pas mal tous les mêmes exercices en même temps là. Moi personnellement, qu'il parte ou qu'il ne parte pas moi ça ne me dérangeait pas là» (Carole).

«On a chacun notre travail pis on se retrouve ici en tant couple. [...] Je ne vis pas à travers les forces (1 sec) vraiment pas (1 sec)» (Barbara).

Elles se considèrent toutes comme de bonnes conjointes de militaires. L'une d'entre elles ajoute qu'être conjoint de militaire c'est être capable de faire passer ses besoins et ceux de sa famille en deuxième afin de laisser le militaire répondre aux exigences du service militaire; c'est faire passer le bien commun avant le bien personnel. Cette même conjointe parle beaucoup de son conjoint, son parcours à lui, on dirait qu'elle se porte à sa défense et se fait porte-parole de celui-ci.

Lors des entrevues, on ressent la colère, la frustration et la tristesse des conjointes. On détecte ces émotions dans le ton de voix qu'elles utilisent, les pauses entre les mots et les moments de silence. Cependant, aucune ne se laisse aller à pleurer, elles ravalent et font des pauses qui durent quelques secondes.

4.2 Les services qui ont été offerts aux militaires et à leur conjointe

Voici les services qui sont offerts par les FAC. Les services de soins de santé des FAC comprennent les services offerts à l'interne et à l'externe que ce soit lié à une difficulté physique ou psychologique. Les CISP quant à eux offrent «des programmes et du soutien administratif personnalisé aux militaires malades ou blessés de la force régulière et de la Réserve des FAC dont la condition médicale les empêche de reprendre leur poste régulier pendant six mois ou plus» (Défense nationale et les forces armées canadiennes, 2015). Voici les autres services qui ont été offerts aux militaires que nous avons interrogés : Centre d'orientation et de sélection du personnel (COSP), le Programme d'aide aux membres des FAC (PAM FC), le Centre de ressources pour les familles des militaires (CRFM),

l'aumônerie, l'officier de liaison avec les familles (OLF), la Clinique pour les traumatismes liés au stress opérationnel (CTSO) et le soutien social – blessures de stress opérationnel (SSBSO). Nous avons constaté que les services offerts étaient différents d'un militaire à l'autre. Certains se sont vu proposer des services alors que d'autres n'en ont jamais entendu parler. Autre élément important, les services proposés n'ont pas nécessairement été utilisés par les militaires. Les deux seuls services qui ont été offerts (où imposé, selon les circonstances et la situation de chacun) à tous sont les soins de santé offerts par les FAC et les services du centre intégré de soutien du personnel (CISP) (5 sur 6; car l'un des militaires interrogés ne se souvient pas d'avoir reçu des services de leur part). Le tableau I (p.30) vous présente brièvement les services offerts, le nombre de militaires qui se sont vu offrir ces services et ceux qui les ont utilisés. On retrouve, parmi les services disponibles au sein des FAC des services de counselling financier offert par RARM, des programmes d'information et de sensibilisation offerts par le programme du soutien au personnel (PSP), des services liés à la mise en forme par le programme de sports et loisirs (PSL), cependant personne n'a mentionné ces services lors de l'entrevue.

Tableau IV - Les services offerts par les FAC et les services utilisés par les militaires

		offert	utilisé
CISP	Programmes et soutien administratif aux militaires malades ou blessés	5	5
COSP	Orientation scolaire et professionnelle; transition de carrière; ateliers employabilités, etc.	3	3
PAM	Services de counselling à court terme, confidentiel et gratuit pour les militaires et les membres de leur famille	2	0
CRFM	Services pour les familles des militaires (halte-garderie, aide à l'emploi, activités pour jeunes et enfants, ateliers d'habileté parentales, etc.)	3	0
Aumônerie	Services de pastorale et soutien spirituel (toutes croyances, toutes religions)	4	2
OLF	Services de counselling pour les familles des militaires blessés; orientation vers services spécialisés, ateliers et psychoéducation sur divers sujets	3	1
CTSO	Clinique de traitement spécialisés pour les militaires ayant un traumatisme lié au stress opérationnel	3	3
SSBSO	Soutien par les pairs pour les vétérans et les militaires des FAC ayant une blessure de stress opérationnel	4	3
Soins de santé des FAC	Toute la gamme des soins de santé physique ou psychologique; offert à l'interne ou à l'externe	6	6

Puisque les services offerts par les FAC ne sont pas tous destinés aux conjointes, l'offre de service est réduite chez celles-ci. Les services qui sont offerts aux conjointes sont ceux des CRFM (utilisé par une), des OLF (utilisé par deux) et des CTSO (utilisé par deux). Les conjointes ont parfois rencontré des prestataires de services qui s'adressaient à leur conjoint en présence de ceux-ci. Par exemple, Alice a rencontré la psychologue et le psychiatre de son

conjoint ainsi que participé à des rencontres multidisciplinaires. Barbara quant à elle a assisté à une rencontre entre son conjoint et le CISP.

4.3 Le sens donné au diagnostic de TSPT par les militaires et de leur conjointe

Beaucoup d'informations entourant le diagnostic ont été révélées lors des entrevues. Nous vous présentons ici ces informations selon l'ordre suivant pour les militaires et ensuite pour les conjointes : ce qui les a menés à consulter, les diagnostics reçus et leur réaction face à l'annonce, ce qui est dit aux membres de l'entourage et finalement, le sens donné au diagnostic de TSPT.

4.3.1. Les motifs de consultations chez les militaires

Tous les répondants ont eu des indices leur signifiant que « quelque chose n'allait pas bien » avant qu'ils aillent consulter. Ce qui est cohérent avec les résultats de plusieurs recherches menées auprès des vétérans ainsi que sur la demande d'aide des hommes. Les répondants attendent d'être au bout du chemin pour aller chercher de l'aide; menace de rupture de la conjointe, graves problèmes au travail, crise suicidaire. Ils déclarent avoir eu des comportements agressifs (n=6) ou violents (n=5) ainsi que de l'impatience (n=6) auprès notamment de leur famille (conjointe et enfants) et collègue de travail.

« Je ne contrôlais plus mes émotions. C'est de même que j'ai été obligé de con... c'est de même que j'ai été obligé de, j'étais devenu (3sec) j'étais devenu violent pis agressif » (David).

« Ben moi regarde 2007 ça été ma 6e mission pis je savais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas bien avant ma 6e mission, avant que j'aille consulter parce que j'étais vraiment irritable, agressif, je me demandais. Pis dans les années 90 pis au début des années 2000, on ne parlait pas de ça. [...] C'est sur que quand je suis revenu là c'était dans le pire des pires là, côté social y' avait pu rien, je me renfermais chez nous, je ne voulais plus sortir, tout me fatiguait, ma conjointe là elle a n'a mangé de la misère. Pis pfff regarde il n'y avait plus rien n'à faire avec moi j'étais sur le bord d'aller consulter (Étienne)

De plus, la majorité affirme qu'ils ont blâmé les autres longtemps avant d'admettre que c'est eux qui avaient des comportements inadéquats liés au TSPT. C'est lorsqu'ils reçoivent le diagnostic qu'ils cessent ou diminuent de blâmer les autres. Tous les répondants sont capables de reconnaître que certains de leurs comportements sont inadéquats cependant, ils ont de la difficulté à envisager que les autres militaires puissent être différents d'eux et être de « bon

militaire» aussi. Pour eux, il existe une vérité, la leur. Cette attitude est présente chez cinq des six répondants.

4.3.2. Les diagnostics reçus et les réactions des militaires

Tous les répondants ont reçu minimalement un diagnostic de TSPT. Cependant, trois ont également reçu un diagnostic de dépression et un a reçu un diagnostic de trouble d'adaptation et de trouble de personnalité (trouble non spécifié lors de l'entrevue). Trois militaires ont été hospitalisés en lien avec le TSPT. Ils fournissent peu d'informations sur comment ils ont appris le diagnostic, leurs pensées et réactions à ce moment précis. Mais tous affirment que le diagnostic de TSPT leur a permis de recevoir d'autres traitements, d'autres soins, d'autres bénéfices.

«Ben qu'est-ce qui a changé, avant, ben avant j'avais personne, j'avais pas de soins j'avais rien pis c'est sur qu'avec le diagnostic ben là on a pu [...] une fois qu'on a su tout ça le diagnostic pis que c'était en référence à des événements en Bosnie ben là on a pu ça pu enclencher la machine pour essayer de se faire soigner» (Fernand)

Pour certains le diagnostic arrive clairement comme un choc alors que pour d'autres, le diagnostic comme tel n'est pas une surprise, mais c'est plutôt le fait d'être «malade» qui l'est. Comme si le fait de travailler dans des conditions qui peuvent être extrêmes et de voir des scènes potentiellement traumatisantes ne pouvait les affecter eux, car ils sont militaires, ils sont formés, ils sont là pour ça.

«Pourquoi j'ai un post-traumatique? Y' as-tu de quoi que j'ai vu que ça m'a marquée? Je me le demande? Oui on a vu des affaires, oui on a senti des affaires, on a découvert des affaires, mais marqué? Y' a ben des affaires qui marquent pis qu'on s'en rendait pas compte. Dans ma tête moi j'ai toujours été correct » (Alain).

«J'étais fatigué, tu réalises pas, tu le réalises, mais t'en parleras parce que c'est juste ça. Tu te penches quand ça tire de temps en temps, pis ce n'est pas dramatique là, c'est normal de se pencher la tête si tu entends une balle arrivée. C'est des affaires de même, mais ce n'est pas les gros flashbacks, les gros dérangements, je m'en rendais pas compte en-tout-cas. [...] Après avoir vu des psychologues, et des psychologues, et des psychologues, parce que je voulais régler les problèmes... là j'ai réglé tous les autres problèmes pis de réessayer d'aller à la job, pis de réessayer d'aller à la job, pis toujours flancher un moment donné je me suis mis à plus être à l'écoute de ça pis un moment donné j'ai réalisé que «criss ok » c'est toute ça, c'est ça criss, y' a pu rien là. [...] je le savais que j'avais des symptômes, mais pas de là à être *ptsd* là» (Bruno).

«Quand on m'a dit que j'étais *ptsd* j'ai dis regarde, regarde, regarde, regarde, ça, c'est votre petite mode là vous mettez du monde *ptsd*, moi je suis pas *ptsd*. J'ai été, écoute, ils m'ont déclaré *ptsd* je ne sais pas quand, pis 6 mois plus tard je disais encore non là». Je me disais moi, «je travaille beaucoup, j'amène de l'ouvrage à la maison, je travaille beaucoup pis je ne prends pas beaucoup de vacances», je me disais «je suis brûlé, je suis fatigué, je sais pas là» (David).

D'autres s'attendaient à un diagnostic de TSPT ou de dépression «Tsé quand je suis revenu là je savais que je *feélais* vraiment pas là» (Étienne). Un des militaires fait référence au sentiment d'impuissance vécu quant au diagnostic.

«Des fois je me le demande si je me le dis pas encore (silence 3 sec) je suis capable, voyons, je suis plus *tough* que ça, je suis plus dur que ça, je suis capable de me mettre debout, de prendre ça sur mes épaules pis on... sauf qu'un moment donné on s'aperçoit que sa c'est le même principe que [...]Tu peux pu rien faire parce que tu es gelé [figé]. C'est un peu comme cette situation-là que moi je me sentais (silence 2 sec) en sachant tout ce que j'ai là» (Alain).

Pour trois des six militaires interviewés, le diagnostic et les symptômes du TSPT prennent toute la place en ce moment. Ils sont explicites dans leur manière de décrire les événements, accordent de l'importance aux détails et s'enflamment lors de la discussion.

«Bon encore, encore, lâchez votre estie de bureaucratie pis montez dont quelque chose qui est humain. Vous êtes là pour aider des humains ou pour bien paraître. C'est un ou l'autre. Si tu veux juste bien paraître, là regarde estie, continuez de même. Tu es bien parti. Ben c'est ça. Moi je n'ai eu aucune aide, de support ou quoi que se soit, jusqu'à tant que je rentre dans le bureau de l'adjudant X pis que je lui dise que j'en ai rien à chier d'eux autres, vous vous débarrassez de moi, vient pas me demander 26000 affaires, je m'en câlisse, ça m'intéresse pus. Vous me cracher dessus, vous m'envoyer dehors, vous me donnez pas de support, je me bas pour avoir du support pis après ça vous allez me demander de faire le beau petit soldat pis, pis être aux petits soins avec vous autres?» (Bruno).

Ces trois militaires avaient reçu un diagnostic de TSPT il y a avait moins de deux ans lors des entrevues.

4.3.3 Les informations dites aux membres de l'entourage

Deux répondants cachent le diagnostic à leurs proches (parents, enfants) pendant plus de 5 ans alors que pour les quatre autres, certains membres de leur famille, particulièrement leurs conjointes, sont mises au courant du diagnostic, mais pas toujours immédiatement. Ce qu'on dit aux enfants demeure flou et peu expliqué pour la majorité des militaires interrogés.

«Ben tu vois je l'ai juste dit je pense, en fait je l'ai pas dit, ils l'ont découvert je pense en 2010, mes parents autres ils se doutaient de quelque chose, mais je pense que c'est en 2010 là quand que, je me souviens pas exactement comment si c'est moi qui leur a dit» (Fernand).

«Mes gars là ils ne savent pas là que je suis malade, ce qu'eux autres ils savent c'est que j'ai mal au dos pis que je suis toujours couché sur le sofa en bas, faque pour eux autres c'est un mal de dos» (Fernand).

«Je ne voulais pas que mon fils me voit faible de ce côté-là» (Alain).

Les explications et les détails viennent plus tard, au fil des années ou selon ce que les parents pensent que les enfants doivent savoir. «Ils savent [...] y' ont 13 ans pis 10 ans, y' a des explications (hésitation) je, jusqu'à une certaine limite que tu donnes. Sont pas fous, je leur ais expliqué un peu, leur mère leur a expliqué un peu ma mère leur a parlé» (Bruno).

4.3.4 Le sens qui est donné au diagnostic de TSPT par les militaires

Nous avons également constaté lors de l'entrevue que la plupart considéraient qu'ils étaient de bons militaires comparativement aux autres militaires des FAC. Ils constatent que cela a contribué à faire en sorte qu'ils se sentent et se fassent reprocher d'être «trop militaire» par les autres militaires. «J'étais trop tout le temps trop» (Carl).

«J'étais trop un soldat, j'étais drastique trop noir ou blanc, en Afghanistan, surtout. Quand c'était le temps de s'entraîner, je m'entraînais. Pas à moitié. Ça causé beaucoup de problèmes. J'étais au-dessus des standards faque le ti gros à côté de moi y' avais l'air deux fois plus moche fallait que j'arrête quasiment de m'entraîner. Y' a eu pas mal de conflits avec ça [...] tu te bats pour être un soldat idéal pis tu te fais mettre des bâtons dans les roues» (Bruno).

«Ces gens-là [mes superviseurs] n'étaient pas l'image d'un soldat pour moi. Ils allaient contre toutes mes valeurs personnelles pis les valeurs de l'armée [...] pis ils se sont tout mis ensemble pour m'écraser, détruire ma réputation, même si j'amenais des directives des forces armées Canadiennes» (Carl).

«J'ai dit «ouais je *fit* pas dans le décor icitte moi là» j'étais bien discipliné, je voyais un officier je me mettais au garde-à-vous, je saluais, pis là eux autres y disaient «relaxe-toi là là» (3 secs)»(David).

Le sentiment d'être différent des autres n'est pas vécu comme un rejet, malgré qu'ils expriment avoir été «tassé» par certains membres du groupe à quelques reprises, mais plutôt comme une supériorité aux autres. Eux, ils sont corrects, ce sont les autres qui ne le sont pas.

Le diagnostic pour les militaires interrogés est une source de honte, de faiblesse, de frustration et constitue un stigmat négatif.

«Il y a un petit peu de honte dû au tabou pis aux préjugés des autres que même certains spécialistes de la santé que j'ai vus ont eu envers moi (3 secs), mais le gros pis je pense que ça aussi ça cause de la frustration (2 secs) c'est qu'ils ont gagnés, j'accepte pas que ces gens-là aient gagné, c'est de l'injustice. C'est le fait que j'ai cassé, tsé tu te penses fort tu es un fantassin tu es un soldat, estie, un soldat ça casse pas de même» (Carl).

«Mais écoute j'ai toujours eu une cinquantaine de personnes en dessous de moi pis j'en ai eu plein moi là qui ont été *ptsd* pis il y en a que je ne croyais pas à ça. «là là regarde (2 secs) secoues tes puces pis on continue» je ne croyais pas ça. Faque c'est de l'humilité pour moi (3sec) tsé j'ai jamais cru à ça pis écoute j'ai un de mes chums il est lieutenant-colonel il est ici à Longue-Pointe des fois on jase, on roule ensemble en moto, une fois on arrête on roule on jase pis on commence à jaser pis il me dit «là là tabarslaque je commence à être tanné de ceux-là qui tombent *ptsd*» parce qu'il ne le sait pas pour moi pis là il me défile ça «pis les

tabarslaque, les profiteurs de système de câline, pis de tabarslaque pis tatatata» il met le paquet, moi je suis à côté de lui (2 secs) pis moi je disais ça avant (3 secs)» (David).

Dans le discours des militaires ayant reçu le diagnostic il y a plus de 3 ans le sens du diagnostic est différent que pour ceux ayant récemment reçu le diagnostic de TSPT. Pour ces derniers, le diagnostic est un signe de faiblesse et un choc terrible. «Tu es un guerrier pis un jour *paif* tu peux pu l'être, ce n'est pas bien bien le fun ça c'est sur. [...]Tu passes de héros à zéro d'un coup» (entrevue 2). Le diagnostic représente une honte ou une faiblesse pour tous les militaires interrogés, mais d'autres significations s'ajoutent au fil du temps. Le TSPT prend le sens d'une blessure démontrant leur sacrifice comme militaire ainsi que de leur impuissance face à ce diagnostic; ils sont des victimes. C'est à cause du travail qu'ils font qu'ils sont blessés, ils ne sont pas responsables de leur état mental.

4.3.5 Les motifs de consultations chez les conjointes

Ce qui amène les conjointes à consulter est un épuisement quasi total et une remise en question d'elles-mêmes, elles présentent des signes et symptômes de dépression et d'anxiété.

«Je suis tombée atterre en crise épileptique (inspire bruyamment) (1 sec). faque mon médecin, ma neurologue, c'est ça qu'elle m'a dit : «ça été ton élément déclencheur ton niveau de stress», je dormais pu, je dormais peut être 3, 3 heures et demie par nuit, j'étais tellement angoissée» (Alice).

«Il me renvoyait toujours en pleine face des situations «ben voyons Michel ça pas de bon sens quessé tu me dis» «oui c'est de ta faute» pis tu finis par y croire. Pis moi je me remettais en question, pis je me remettais en question, pis je me mettais en question» (Barbara).

Elles disent toutes s'être épuisées et avoir négligé leur propre bien-être. D'ailleurs, elles ont toutes consulté pour des difficultés liées au stress et à l'anxiété.

«Faque c'est ça, moi mon stress c'est devenu que je faisais de l'anxiété j'ai trop voulu l'aider, mais je me suis oublié là-dedans, tsé quand je voyais qu'il était stressé je me, ou tsé pour justement éviter le stress j'essayais toujours de trouver des pistes de solutions, mais à sa place» (Carole).

Mis à part le stress et l'anxiété, elles ressentent beaucoup de tristesse, de colère et de solitude en lien avec le TSPT.

4.3.6 Le diagnostic du conjoint

Le diagnostic de TSPT arrive après plusieurs mois voire plusieurs années de souffrance de la conjointe ou de difficulté de la vie conjugale. Les conjointes rapportent avoir vécu de grands stress et beaucoup d'incompréhension en ce qui concerne les comportements de leur conjoint.

«Ben écoute, au début on trouve ça drôle (rire) au début on trouve ça drôle un peu, mais ça vient pu drôle parce que s'est nos nuits qui sont affectées. Y' a des choses qui se sont passées, mais au début euu on on comment je pourrais te dire ça? (2 secs) on pense pas que c'est ça tsé [...] j'ai trouvé ça difficile des choses où est-ce que je me suis sentie coupable, tsé ben dans le temps quand je lui ai demandé de faire des choses tsé, mais moi je me disais «il est paresseux» mais c'est pas ça tsé, c'est tout relié au post-traumatique là» (Carole).

Nous remarquons également que les conjointes ont toutes vécu l'agressivité de leur conjoint, que les enfants ne se sentaient plus à l'aise avec leur père ou beau-père et que dans toutes les familles il y avait des difficultés de communication «faque on est tjrs dans le reproche d'un et l'autre pis là on communique pu» (Barbara).

«Pis je suis revenue sur le sujet moi, oh quelle mauvaise idée (rire) pis là, il m'a piqué une de ces colères-là, mais ça avait pu de sens qu'est-ce qu'il disait là, aucun, aucun sens, y' a tout garroché, y' a parlé tout seul euuu pis il est parti! (1 sec) au moins, il a eu le réflexe de partir, il est parti pendant 2 heures (2 secs)» (Carole).

Dans deux cas sur trois, on rapporte de la violence verbale auprès de la conjointe et dans un cas sur trois de la violence verbale auprès des enfants. Elles disent aussi avoir tout fait pour éviter les crises de leur conjoint. Que se soient, leur éviter les stress, gérer les conflits avec les enfants, aller au-devant de leurs besoins.

Pour les répondantes, l'arrivée du diagnostic de TSPT chez leur conjoint est une source de soulagement. Il permet de mettre un nom, de comprendre et d'expliquer ce qui passe depuis si longtemps ainsi que d'envisager des pistes de solutions. «Moi j'étais contente parce que là regarde tu peux arrêter de dire, on pense que c'est si, c'est ça qu'il a bon! Bon, on passe à quoi, c'est quoi la démarche» (Alice).

«Ça m'a fait du bien moi d'avoir des mots sur ce qui se passait à la maison ben en ayant ces mots-là ben enfin y' a des solutions qui peuvent s'apporter pis y'a une vision totalement différente de la vie qu'on pouvait vivre ici. Je ne suis pas contente qu'il ait un post-traumatique, je ne suis pas contente du dénouement qu'il y' a eu avant, mais je suis contente de connaître qu'est-ce qui se passait, qu'est-ce qui se passe dans ma vie maintenant» (Barbara).

Deux répondantes disent aussi que le diagnostic de leur conjoint leur a permis de recevoir des services de la part de certains prestataires de services, notamment les CTSO. «Je ne suis pas

contente qu'il ait un post-traumatique, je ne suis pas contente du dénouement qu'il y a eu avant, mais je suis contente de connaître qu'est-ce qui se passait, qu'est-ce qui se passe dans ma vie maintenant» (Barbara). Malgré les souffrances vécues par les conjointes, le diagnostic est un soulagement aussi en ce sens qu'il apporte une réponse alternative aux difficultés familiales et conjugales vécues; elles ne sont pas les seules responsables.

4.3.7 Les informations dites aux membres de l'entourage

Les conjointes respectent la volonté de leur conjointe en ce qui a trait à ce qu'ils disent et à qui. Pour certains, c'est admis d'en parler à tous (famille, amis), alors que pour d'autres le TSPT doit être gardé le plus secret possible.

«Mes amies devaient pas savoir, ma famille devait pas savoir, sa famille devait pas savoir fallait que je fasse, y fallait que je fasse comme si rien (3 secs) n'avait changé ici dans la maison. T'imagines la pression que ça peut avoir? Parce que moi dans le fond de moi-même j'avais de la peine là de tout ce qui pouvait, de tout ce qui c'était passé pis il fallait que je fasse comme si RIEN s'était passé» (Barbara).

Les enfants sont mis au courant du fait que «papa est malade» et que ce n'est pas de leur faute si «papa est souvent fâché», mais souvent, sans plus.

4.3.8 Le sens qui est donné au TSPT par les conjointes

Les conjointes parlent du stigmatisme associé au TSPT, mais aussi de celui associé à l'acte d'aller chercher de l'aide, et ce, autant pour le militaire que pour la conjointe. Alice affirme que le sens que les professionnels donnent au TSPT est parfois dépourvu d'espoir et qu'ils transmettent cette vision aux militaires et leur conjointe. «je trouve (1 sec) que la façon (1 sec) que le diagnostic est donné, partagé, informé (1 sec) leur donne l'impression (2 secs) souvent que ça leur donne l'impression qu'ils ne seront pas capables de vivre une vie normale» (Alice).

«Faque le langage qu'ils utilisent, je trouve qu'ils ne prennent pas conscience, c'est drôle parce que c'est souvent les psychologues, les psychiatres pis ils sont comme pas conscient du langage qu'ils utilisent avec leur patient parce que je pense à X pis ça ça a été difficile. Lui il voyait ça comme (2 secs) il va être toujours être couché sur le sofa avec les rideaux fermés pis grosse dépression à 11 pilules par jour pis à ne pas être capable de jouer avec ses enfants, pas capable de parler, pas capable de rien faire. On dirait que le langage utilisé c'est très euu limitatif (2 secs) à penser qu'y' a de la lumière au bout du tunnel (2 secs)» (Alice).

L'un des conjoints refusait que sa conjointe se présente au CRFM de peur que quelqu'un la reconnaisse et que l'on comprenne qu'ils avaient des difficultés. D'ailleurs, ce conjoint a caché pendant plusieurs mois son diagnostic de TSPT à sa conjointe.

4.4 Les besoins exprimés par les militaires et leur conjointe

Le besoin nommé par tous les militaires interrogés est le besoin de reconnaissance. Les autres besoins nommés par la majorité sont le besoin de prise en charge (5) et le besoin d'être traité comme une personne unique (5).

«Moi je sors là, je sors de la cage, j'ai passé 22 ans dans une cage. Où est-ce que je vais? Qu'est-ce que je fais? C'est quoi faut que je fasse? On est un peu laissé à nous-mêmes tandis que si on avait un guide, les gars diraient «j'ai l'information pour toi, tu vas aller rencontrer tel gars, c'est quoi qui t'intéresses? Gardien de prison? Tu vas prendre ton char, tu vas aller à telle adresse, telle prison voir tel monsieur, je l'appelle pis tu vas avoir un rendez-vous». Ce n'est pas dur prendre un rendez-vous. [...] au moins, tu n'es pas sacré en pleine jungle pis débrouilles toi!» (Alain).

Pour la moitié des répondants, le besoin d'écoute, le besoin que l'on respecte leur rythme de rétablissement et le besoin de contrôler leur traitement et leur vie sont très importants et exprimés avec ferveur. Voici les autres besoins qu'on exprimé les militaires lors de l'entrevue : compréhension (2), justice (2), aide et soutien psychologique (2), directives claires (2), sécurité (1), liberté (1), espoir (1), qu'on croit en lui (1), trouver un sens au TSPT (1).

(Écoute) «Ça c'est une des choses que je reproche au système (inspiration) tsé ils écoutent pas vraiment ce que tu as à dire ils font juste, ils ont leur idée de faites, certaines personnes ont leur idée de faite, ou (2 secs) les études démontrent certaines choses pis quand t'arrives avec de quoi de différent, ils peuvent pas te l'expliquer parce qu'ils font pas le lien avec rien ou ils l'ignorent parce que c'est pas assez important pour que ça l'aille été documenté là-dedans [...]» (Carl)

(Contrôle) «Je vois un psychologue pis tout, on parlerait de mes bébelles (3 secs) tsé c'était comme je veux pas en parler, je ne veux pas en parler quessé que ça me donne de te dire qu'est-ce que j'ai fait là-bas?! (2 secs) qu'est que ça me donne?! Qu'est-ce que ça va changer pour moi! Ça l'enlèvera pas mes cauchemars, ça l'enlèvera pas mes mes mes questions existentielles, ça enlève, ça ne changera rien que je te dise ce que j'ai fait là-bas, ça ne changera rien «oui, mais j'ai besoin de connaître pour blablablablabla» (David).

(Justice, directives claires) «Les soins pour la réserve sont inconsistants à travers le pays, inconsistant, juste là ça démontre que de un qu'il y a une flexibilité pis de deux qu'il y a de l'interprétation, mais ça vient pas juste, moi mon exemple c'est qu'il n'y a pas de bons soins tout ça pis que, mais comment ça se fait d'abord qu'ils y en avaient qui en avaient pis qu'ils y en avaient d'autres qui n'en avaient pas, ça vient pas juste de moi, même l'ombudsman l'a vu»(Fernand).

En ce qui concerne les conjointes, elles ont besoin d'être reconnues. Que l'on reconnaisse leurs sacrifices, leur importance et leur souffrance. Elles disent avoir besoin d'espoir, de

soutien (professionnel et par les pairs), de se sentir comprise, rassurée et de normaliser leur expérience. Elles disent aussi avoir besoin de prendre soins d'elle-même, de se sentir importantes pour les autres (professionnels et famille) et être impliquées dans les soins offerts à leur conjoint.

Tableau V - Comparatif militaire et conjoint

	Militaires	Conjointes
Besoins les plus exprimés	Reconnaissance (6 sur 6) , prise en charge (5 sur 6) et être traité comme une personne unique (5 sur 6)	Reconnaissance (3 sur 3) , espoir, soutien, compréhension, rassurée, normalisation de leur expérience, être intégrée dans les soins, se sentir importante et prendre soins d'elles-mêmes.
Motifs de consultations	Agressivité(6), violence(5) et impatience(6) amenant problèmes au travail, menaces de rupture, crise suicidaire. Blâme les autres pour leur difficulté et leur comportement (4)	Symptômes de dépression et d'anxiété (3), remise en question(3), épuisement(3)
Diagnostics et réaction	TSPT(6), dépression majeure (3), trouble de personnalité (1) et trouble d'adaptation (1) Réactions: Choc, déni et surprise, déception, impuissance	TSPT (3). Soulagement, car apporte des réponses aux questions, permet de comprendre et d'avoir accès à des soins.
Informations dites aux proches	Cache (2), conjointe au courant (4), enfant ont informations floues	Peu de personnes au courant; selon la volonté du conjoint. Enfants recevaient peu d'informations
Sens donné au TSPT	Honte, faiblesse, frustration, stigmatisme négatif au début. Diagnostic reçu il y a Plus de 3 ans : TSPT est une conséquence de leurs sacrifices, ils sont des victimes. Moins de 3 ans : TSPT est un choc terrible et démontre une faiblesse	Stigmatisme pour les militaires qui se répercute chez les conjointes, car elles n'ont pas le droit d'en parler. Perte d'espoir qui transmise par les professionnels.

4.5 Les attentes des militaires et leur conjointe à l'égard des services offerts par les forces armées canadiennes.

Les militaires s'attendaient à être encadrés par les FAC pour la santé et pour l'administration. Cinq s'attendaient à ce que les FAC les prennent en charge en prenant des rendez-vous pour eux, en s'occupant de leur administration ou en leur trouvant un emploi par exemple. Quatre

mentionnent qu'ils s'attendaient à être traités humainement, avec bon sens et flexibilité par rapport à leurs symptômes. Un parle plus spécifiquement qu'il s'attendait à ce que l'on respecte son grade, son expérience et que l'on croit en lui.

Les conjointes quant à elles ont des attentes similaires. Elles s'attendaient à être incluses dans les soins, à faire partie de la solution ou minimalement à être informées au sujet du TSPT notamment par rapport aux symptômes et aux effets sur la vie conjugale et familiale. Les conjointes s'attendent aussi à ce que les services soient offerts par des professionnels compétents et formés adéquatement sur le TSPT. L'une mentionne qu'elle s'attendait à être traitée comme un humain.

Tableau VI – Les attentes des militaires et leur conjointe

Militaires	Conjointes
Être encadré pour la santé et pour l'administration (prendre des rendez-vous pour eux, leur trouver un emploi)	Être informée de l'état de santé mentale de leur conjoint et des conséquences possibles pour leur famille
Être traité humainement, avec gros bon sens et flexibilité en lien avec les symptômes de TSPT présents	Être incluse dans les soins et faire partie de la solution
	Professionnels compétents et formés en TSPT
	Qu'elle et leur conjoint soient traités humainement

4.6 La satisfaction à l'égard des services reçus

Notons que tout au long de l'entrevue, les services font objets de critique, de frustrations et de colère chez les militaires.

Lorsque nous abordons la question des services, les conjointes font part de leur déception, leur frustration et leur colère. Ces émotions viennent du fait qu'elles considèrent être en droit de recevoir des services puisque se sont-elles qui subissent les conséquences du service militaire et du TSPT de leur conjoint. Cependant, ces services leur sont souvent offerts trop tard ou pas du tout, selon elles.

« [...] je crois que si les forces avaient été conscientes des répercussions à long terme et des conséquences que ça peut avoir sur sa famille bien je pense que notre famille s'en porterait mieux maintenant [...] (Barbara).

«Je ne pouvais pas croire qu'on était traité comme ça, je ne pouvais pas croire qu'après tous les sacrifices qu'il avait faits [...] qu'il a mis sa famille en deuxième, pour mettre son pays, son devoir de militaire en premier, qu'on était traité comme ça [...]» (Alice).

«Pis ça, j'ai mis ça au clair avec les médecins tout de suite, c'est moi qui vit avec lui, c'est moi qui vit la merde, c'est moi qui vit toutes les difficultés, faque c'est moi qui va être ici à savoir c'est quoi qui se passe là» (Alice).

Certains sont satisfaits, d'autres sont ambivalents ou non satisfaits. Un des répondants diffère des autres par son statut de réserviste au sein des FAC; cette différence amène des différences majeures par rapport à l'accessibilité aux soins et services offerts. D'ailleurs ce répondant a été très insatisfait des services reçus en partie à cause des efforts qu'il a dû déployer pour recevoir des services. La satisfaction par rapport aux services reçus ne suit pas de modèle particulier plusieurs sont ambivalents par rapport à au moins un service qu'ils ont utilisé. Les répondants n'ont pas tous utilisé les mêmes services.

Tableau VII – Satisfaction nommée à l'égard des services utilisés (militaires)

Services utilisés	Centre intégré de soutien au personnel (CISP)	Centre d'orientation et de soutien au soldat (COSP)	Services de santé des FAC	Soutien social-blessure de stress opérationnel (SSBSO)	Aumônerie	Centre de ressources pour les familles des militaires (CRFM)	Clinique des troubles de stress opérationnel (CTSO)	Officier de liaison avec les familles (OLF)	Programme d'aide aux membres (PAM)
1		Non	Non						
2	Non		Amb.	Oui					
3	Non	Amb.	Non	Non	Oui		Oui	Oui	
4	Amb.		Amb.	Non					
5	Oui	Oui	Oui		Oui		Oui		
6	Amb.	Non	Non						

Chez les conjointes nous constatons que les services qui sont utilisés sont généralement satisfaisants. Cependant, les services qui sont offerts par le prestataire principal de service aux familles n'ont été utilisés par aucune conjointe ayant participé à l'entrevue. Les raisons étant

le manque d'anonymat et l'impression que les employés n'étaient pas formés adéquatement pour répondre à leur besoin

Tableau VIII - Satisfaction nommée à l'égard des services utilisés (conjointes)

Services utilisés	Centre intégré de soutien au personnel (CISP)	Centre d'orientation et de soutien au soldat (COSP)	Services de santé des FAC	Soutien social-blessure de stress opérationnel (SSBSO)	Aumônerie	Centre de ressources pour les familles des militaires (CRFM)	Clinique des troubles de stress opérationnel (CTSO)	Officier de liaison avec les familles (OLF)	Programme d'aide aux membres (PAM)
1	Non		Non	Oui			Amb.	Oui	
2	Oui		Oui	Oui				Oui	
3							Amb.		Oui

*Les cases vides signifient que le service n'a pas été utilisé. | Amb. est mis pour ambivalent

On constate aussi que les services offerts par le SSBSO récoltent plus de bons commentaires chez les conjointes que chez les militaires. Et, les services offerts par les CTSO reçoivent une plus grande satisfaction de la part des militaires que de la part des conjointes. Le seul service qui fait l'unanimité autant chez les militaires que les conjointes et le service offert par l'OLF.

4.7 Les pistes de solutions proposées par les militaires et leur conjointe.

Les suggestions de changements sont nombreuses et diversifiées. Cependant, cinq sur six s'accordent pour dire qu'une prise en charge plus grande et une diminution de la bureaucratie sont souhaitables. On demande également de la flexibilité dans l'application des directives.

« Pis là il vient me dire ben là tu vas être obligé de faire ça de même, pis de même, pis il recommence avec ses estie de... eille regarde, aller chier. Tsé [...] C'est rendu que je ne suis plus capable de les endurer à m'obliger de faire, eille tu m'obliges à aller à la base à X [nomme le lieu] gaspiller du gaz, eille, j'ai de la misère à me lever le matin maudit criss, tu m'envoies au gym 3 jours par semaine, j'ai de la misère à me lever le matin, je me force le cul à y aller, il y a gym icitte à X [nomme le lieu] pis à cause qu'il n'y pas de carte swich-swich tu peux pas me *checker*, met un pion là, je m'en calique, c'est une base j'ai le droit d'aller là, tsé » (Bruno).

Parmi les autres changements souhaités notons une plus grande sensibilité de la chaîne de commandement par rapport au TSPT, des services adaptés aux symptômes du TSPT, un partage d'information entre ACC et le MDN, plus de formation sur le TSPT offert au professionnel de la santé et, une plus grande flexibilité au sein des unités afin de préserver

l'emploi des militaires avec un TSPT. Nous constatons que le militaire partage certains besoins, mais qu'ils n'ont pas la même vision quant aux services et aux améliorations à leur apporter.

À l'unanimité, les conjointes proposent d'être incluses rapidement dans les traitements proposés au militaire et que les professionnels reçoivent des formations spécifiques sur le TSPT et sur les effets chez les familles. Parmi les autres solutions on retrouve : informer les conjointes lorsque le militaire consulte pour des difficultés qui pourraient être en lien ou s'apparenter au TSPT, inviter les conjointes au rendez-vous important (exemple : les rendez-vous qui concernent les finances, la transition de carrière, etc.), offrir des programmes pour les enfants sur le TSPT, professionnels mieux formés sur les interventions en cas de crise, professionnels plus sensibles et empathiques qui prennent le temps avec les gens, plus de formation pour les conjointes et finalement, localiser les services psychosociaux des CRFM à l'extérieur de la base afin d'augmenter le niveau d'anonymat et de confidentialité des services.

Tableau IX - Les besoins et les solutions

Militaire			Conjointe		
Besoins	Solutions	Réaliste?	Besoins	Solutions	Réaliste?
Reconnaissance	Flexibilité dans l'application des directives, des tâches de travail en lien avec les symptômes	oui et non	Reconnaissance, se sentir importante	Être incluse rapidement dans les soins au militaire	oui, avec consentement du militaire
Prise en charge	Prise en charge plus grande (administration et santé)	non	Soutien qui inclus l'espoir, être rassuré, normalisation, information	Professionnels formés au TSPT et en intervention de crise	oui, déjà en place
Traité comme personne unique	Chaine de commandement plus sensible au TSPT	oui	Prendre soins d'elles-mêmes	Inviter les conjointes aux rendez-vous importants	oui, avec consentement du militaire
	Partage d'information entre MDN et ACC	oui		Offrir des programmes pour les enfants	oui, déjà en place
				Informer la conjointe lorsque le militaire va consulter	oui, avec consentement du militaire
				Formation pour les conjointes sur le TSPT	oui, déjà en place
				Localiser les svcs psychosociaux des CRFM à l'extérieur de la base	oui

Les résultats ont été exposés de manière à répondre aux sous-objectifs que nous avons fixés au départ. La discussion et l'analyse de données recueillies seront faites au chapitre suivant. Pour ce faire, nous proposons un schéma de mise en relation des catégories identifiées et élaborerons sur l'accès aux soins.

Chapitre cinq : DISCUSSION

5.1 Les militaires et les conjointes

Nous avons identifié plusieurs catégories afin de décrire et interpréter la perception des militaires et leur conjointe à l'égard des services reçus lorsqu'un diagnostic de TSPT est posé. Nous avons cherché à évaluer la satisfaction des militaires et de leur conjointe à propos des services qu'ils ont reçus. La discussion sera orientée par les catégories créées. Voici le schéma de mise en relation (tableau X, p. 63) que nous avons élaboré avec les catégories découvertes lors de l'analyse de données.

Tableau X - Schéma de mise en relation des catégories

5.1.1 Le sens donné au TSPT

Nous avons trouvé que le sens donné au diagnostic de TSPT est lié à trois aspects chez les militaires; leur identité, leurs croyances et le regard des autres. Chacun de ces aspects étant une catégorie, nous définirons chacune d'elles dans les lignes suivantes. Nous terminerons en présentant des aspects liés aux conjointes et ferons des liens avec les militaires.

5.1.1.1 L'identité des militaires

Nous constatons que l'identité des militaires en tant que soldat se construit progressivement, dès leur jeune âge, en étant en contact avec des militaires ou des gens portant des uniformes (police, GRC), en faisant partie des cadets dans l'adolescence et à travers les images présentées par le biais des films de guerre très populaires dans l'enfance ou l'adolescence de ces répondants (années 1970-1980). Ces films qui dépeignaient entre autres la guerre du Vietnam, la guerre de Corée ainsi que la Seconde Guerre mondiale valorisaient les valeurs de la masculinité (force, courage, « superhéros »), de solidarité et d'aventure. Ce qui d'ailleurs fait partie des motivations d' enrôlement des répondants. Important également de mentionner que les publicités de recrutement mettent de l'avant ces mêmes concepts, ces mêmes promesses. La représentation symbolique de l'uniforme et l'appartenance aux FAC commencent à se construire avec tout son univers de sens. Par la suite, leur identité de militaire se consolide et s'accroît par l'entraînement reçu et l'intégration de valeurs communes, notamment la centralité de l'unité. Lors de leurs premiers mois dans l'armée, ils apprennent tous à chanter la même chanson; les militaires sont forts, fiers et prêts. Ce qui laisse très peu de place pour parler, pleurer et avoir peur.

5.1.1.2 Les croyances des militaires

Ils estiment tous être de bons militaires, meilleurs que certains autres militaires, qui à leurs yeux ne sont pas là pour les « bonnes raisons ». Les bonnes raisons étant de vouloir aider et protéger les civils, et ce, au péril de leur vie. Ils font preuve d'abnégation, ce que d'autres militaires (et civils) ne font pas, ce qui fait d'eux de bons militaires qui méritent des soins et des services à la hauteur de leurs sacrifices. S'attendre à ce que les sacrifices qui sont faits soient reconnus et valorisés crée inévitablement des déceptions, de la colère et de la frustration pour ces militaires. De plus, les militaires interrogés expriment qu'il y a une seule bonne manière d'être un bon militaire et que c'est la leur. Pour eux, il existe une seule vérité, la leur. Cette forme de pensée entraîne aussi un plus grand potentiel de colère et de frustration à l'égard de leur situation personnelle de santé mentale et des soins et des services offerts par les FAC. De plus, la croyance qu'ils ne méritent pas et surtout ne devraient pas être « malade »

car ils sont de bons militaires accentuent leur incompréhension lorsqu'ils reçoivent le diagnostic. Aussi, l'ambivalence dans la responsabilité qu'ils portent et qu'on leur fait porter, à l'égard du diagnostic; « je suis faible » versus « je ne suis pas responsable » augmente d'une part la honte et la culpabilité et d'autre part, la colère.

5.1.1.3 Le regard des autres pour les militaires

La majorité des militaires interrogés (5 sur 6) ont eu le sentiment d'être différent des autres militaires à certains moments de leur carrière et ils n'ont pas consciemment vécu ce rejet, ils ont plutôt préféré penser que les autres avaient tort. Ils vivaient déjà avec un certain stigmat. Puisque l'unité ou la mentalité des trois mousquetaires est centrale dans l'identité des militaires, on peut penser que cette expérience de rejet a eu un effet important sur leur identité, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et sur leur relation avec les autres. Le sentiment d'être différent des autres s'est accentué une fois le diagnostic de TSPT posé, mais cette fois avec parfois le sentiment d'être faible comparativement aux autres. Cette oscillation entre l'image positive et négative de soi contribue à donner un sens au TSPT. Un sens qui change en fonction de divers facteurs qui sont à étudier davantage, mais notons tout de le même, l'influence du soutien social, du suivi thérapeutique et de l'employabilité. Considérons aussi le regard que portent les autres, civils, médecins, militaires, etc., sur le diagnostic de TSPT. Les controverses qui existent au sujet du TSPT au sein de la communauté scientifique, que ce soit dans le domaine de la psychiatrie, de la psychologie, du travail social ou l'anthropologie, se répercutent sur la population générale incluant les professionnels, les militaires et les civils. Les visions qui s'entrechoquent influencent le sens qui est donné au TSPT, mais aussi les services qui sont offerts par les FAC, nous en discuterons plus loin. Lorsque le diagnostic est donné, le militaire est affligé d'un stigmat, celui-ci est perçu différemment par les acteurs en jeu (réseau social, professionnel, etc.), et influence ses relations sociales notamment créant un isolement et un sentiment de solitude. C'est à travers ces relations que le militaire en vient à construire une image de lui positive ou ambivalente ainsi qu'à donner un sens au TSPT. Le sens donné au TSPT et l'interprétation qu'en fait le militaire, influencent également son identité, c'est-à-dire comment il se définit et se perçoit comme militaire.

Notons également que c'est le regard des autres qui permet aux militaires d'aller consulter. Sans le regard que portent leur conjointe, leur supérieur ou leurs collègues sur leurs comportements, ils n'auraient pas consulté spontanément. Ce sont les autres qui ont fait allumer « les lumières rouges », qui ont mis un stop et ont dit « là, c'est assez ». Leur manière de blâmer les autres pour leur difficulté est cohérente avec leur manière de considérer qu'ils sont de bons militaires comparativement aux autres. Considérer leur responsabilité pour leurs difficultés personnelles et relationnelles serait extrêmement bouleversant pour eux, ce serait tous leurs schèmes de croyances et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes qui seraient anéantis. En plus d'être de « mauvais militaires », ils seraient également, de mauvais maris, de mauvais pères, de mauvais employés.

Il apparaît clairement que la stigmatisation contribue largement au sens qui est donné au TSPT par les militaires. Cette stigmatisation influence non seulement le sens donné au TSPT mais également l'image qu'il a de lui-même, ses relations avec les professionnels, les prestataires de services, ses collègues et ses proches.

5.1.1.4 Quelques liens avec les conjointes

L'identité chez les conjointes est moins centrée sur l'armée; cependant, leur rôle de conjointe de militaire (avec un diagnostic de TSPT éventuellement) est pris très au sérieux et elles s'imposent de grandes responsabilités. Pour les conjointes le sens donné au TSPT diffère des militaires, pour elle le diagnostic est une source de soulagement, car elles savent ce qui se passe avec leur conjoint. En même temps, la stigmatisation associée à ce diagnostic constitue pour elles et leur conjoint un obstacle majeur à la demande de service. On retrouve également chez les conjointes un sentiment d'abnégation qui n'est pas reconnu par les professionnels et les civils (entre autres). Ce manque de reconnaissance leur amène de la déception et de la colère. Comme pour les militaires, le besoin de reconnaissance est omniprésent et influence le sens qui est donné au diagnostic de TSPT. Ce besoin de reconnaissance influence aussi la perception des conjointes et des militaires à l'égard des services offerts par les FAC. Les conjointes parlent aussi d'avoir un « équilibre ». Ce concept est flou et non défini par les conjointes interrogées et ce manque de clarification amène un sentiment d'échec, une insatisfaction et de la déception à leur égard. Remarquons aussi que plusieurs concepts sont

très peu définis par les militaires et entraînent, par le fait même, une déception. Prenons par exemple les termes « prise en charge », « gros bon sens » et « se sentir unique », la déception étant ici dirigée vers les prestataires de services puisque le besoin ou l'attente liée à ces termes est indéfini et subjectif.

Pour les conjointes également le regard des autres importe beaucoup; le monde militaire étant un monde fermé et relativement petit, l'anonymat est difficile à préserver pour elles et pour leur conjoint. La stigmatisation de celles qui se servent des services offerts pour la famille, particulièrement des services psychosociaux des CRFM, est bien sentie et nommée par les conjointes interrogées. D'ailleurs, de manière semblable au militaire, elles préfèrent dire que les services leur semblent moins professionnels plutôt que de parler de la stigmatisation possible envers elles ou envers leur conjoint. De plus, comme les militaires, elles vivent une ambivalence par rapport à l'image et les croyances entretenues à l'égard d'elle-même. Puisque pour elles, une bonne conjointe de militaire est autonome, indépendante et résiliente, elle n'a pas besoin des services offerts par les CRFM. Donc, aller demander de l'aide au CRFM revient à admettre qu'elles ne sont pas de bonnes conjointes de militaires. En même temps, le discours « populaire » sur la demande d'aide, est d'affirmer que demander de l'aide c'est faire preuve de résilience et de courage.

5.1.2 Les besoins identifiés

Nous avons trouvé que les besoins des militaires étaient liés aux croyances, à l'identité, au regard des autres ainsi qu'au sens qui est donné au TSPT. Le besoin qu'on reconnaisse leurs sacrifices dans la prestation des soins et services offerts aux militaires et leur famille. Le besoin de prise en charge grandement rependu est fortement associé aux croyances et à l'identité militaire.

Les militaires ont aussi besoin que l'on reconnaisse le fait qu'ils sont uniques et qu'ils doivent être traités de manière unique dans la prestation de soins et services. Cependant, ils souhaitent également recevoir le même « traitement positif » que les autres. Deux choses se passent ici, d'une part ils pensent ne pas recevoir les mêmes avantages que d'autres et vivent un sentiment d'injustice qui n'est pas clairement nommée par ceux-ci. D'autre part, des pensées en

oppositions les amène à être ambivalents, leur crée un inconfort et une insatisfaction. Cette opposition des pensées, soit : bénéficier des mêmes choses (que se soit financièrement ou en termes de soins et de services) que les autres, mais être traité de manière unique est liée à leurs croyances positives par rapport à leur propre valeur comme militaire et une recherche de contrôle sur leur vie.

Pour les conjointes, le besoin de reconnaissance est également central et en lien avec les souffrances vécues et les sacrifices effectués par leurs années de soutien à la cause des militaires à travers les missions, les affectations, les exercices, etc. Mais également avec le besoin d'être reconnu comme une victime collatérale et une partie de la solution dans le traitement de leur conjoint. Leur besoin ayant été ignoré par les FAC pendant plusieurs années, les conjointes exigent maintenant faire partie de la solution et que les FAC (représenté par les professionnels de la santé) les soutiennent et reconnaissent leur importance dans les soins au militaire blessé. Le besoin de soutien comporte plusieurs aspects incluant le besoin de normalisation, d'information, d'être rassuré et d'espoir. Ce soutien doit provenir des FAC, car ils sont responsables de leur situation actuelle et des blessures infligées à leur conjointe. L'aide doit être offerte sous forme d'aide psychologique, sociale et de soutien par les pairs. C'est à travers des discussions avec des pairs, des amis et des professionnels qu'elles réalisent qu'elles doivent prendre soins d'elle-même, car seule, elles se mettaient beaucoup de pression pour demeurer et projeter l'image de femme forte, indépendante, autonome et résiliente qui n'a pas besoin d'aide dont la vie est sous contrôle.

5.1.3 Les attentes et la satisfaction face aux services

On remarque que les attentes et la satisfaction dépendent de plusieurs facteurs, dont l'identité, les croyances et les besoins. Le mode de vie, les valeurs, les idées qu'ils se font d'eux-mêmes et des autres ainsi que leurs besoins déterminent leurs attentes. Ils s'attendent à être pris en charge, comme ils l'ont été tout le long de leur carrière militaire et ils s'attendent à être traités comme des personnes uniques qui méritent les meilleurs soins possibles. Ils sont de bons militaires, ils sont de meilleurs militaires que plusieurs autres. Faire preuve de gros bon sens est une attente nommée, mais impossible à combler puisque c'est un terme très subjectif; le

gros bon sens de l'un est l'aberrant de l'autre. Une autre attente des militaires est que l'autorité militaire soit plus flexible et s'adapte aux symptômes de TSPT alors qu'ils sont encore en emploi ou en voie de transition vers le monde civil. Cette attente est totalement contraire à l'esprit militaire dans lequel le travail passe en premier et ce sont les militaires et leur famille qui doivent s'adapter à la réalité de la tâche.

Le niveau de satisfaction reflète bien les contradictions qui existent entre les représentations qu'ils se font d'eux-mêmes et du modèle de militaire et les besoins qu'ils ont présentement. Les services non obligatoires sont peu utilisés par les militaires et les conjointes. Les raisons qui expliquent ce manque d'utilisation est attribuable d'une part la stigmatisation associée à l'usage de ces services et le manque d'information à l'égard des services. On remarque une grande d'ambivalence dans la satisfaction à l'égard des services notamment les services « obligatoires » comme les services de santé des FAC et les CISP, ce qui peut s'expliquer justement par le caractère obligatoire en lien avec leur propre déchirement face aux FAC, l'autorité et leur identité. Il serait logique de penser que l'impuissance vécue commande le besoin de contrôle exprimé par plusieurs militaires, surtout ceux ayant récemment reçu un diagnostic de TSPT. Ce contrôle, ce pouvoir cherche à s'articuler et se manifester dans les domaines où ils se sentent en perte de contrôle; leur santé et leur emploi. Ce qui peut d'ailleurs expliquer pourquoi ils tiennent leur famille à l'écart un certain temps, car cette perte de contrôle, ils ne veulent pas la ressentir aussi dans cet aspect de leur vie. Ce qui va à l'encontre du besoin des conjointes d'être incluse dans les soins offerts aux militaires. Garder les conjointes à l'extérieur de leurs soins, même parfois, cacher à leur conjointe qu'ils sont « malades » est un moyen de protection qui leur permet de garder un peu d'estime et d'espoir.

5.1.4 Les solutions envisagées par les militaires et leur conjointe

Les solutions envisagées sont nombreuses, mais très peu développées par les répondants, ils restent dans une conception floue de ce qui serait à changer. Par exemple, moins de bureaucratie, plus de flexibilité, une meilleure prise en charge. Ils nomment très peu d'actions concrètes à mettre en place. Nous pensons que pour eux réfléchir sérieusement au faisable, aux moyens à mettre en place, entraînerait une détresse importante, car trop de facteurs sont à

prendre en compte, et ils le savent. Ils ont appartenu à cette organisation que sont les FAC pendant plus de 10 ans et même pour la plupart pendant plus de 20 ans, ils savent très bien que le plus important pour les FAC est la mission, et ils savent très bien (ou commence à comprendre) qu'ils ne sont plus en mesure d'accomplir cette mission. Cependant, il est clair que les solutions telles que rendre la chaîne de commandement plus sensible est quelque chose qui est possible et pour laquelle les FAC ont déjà amorcé des initiatives en ce sens (formation, sensibilisation, information).

Pour ce qui est des conjointes, les solutions qu'elles proposent sont réalistes et souvent déjà en place. Le manque d'information à l'égard des services disponibles, l'accessibilité et le fait qu'ils soient offerts par les CRFM, organismes envers lesquels elles ont des réticences, sont les raisons qui expliquent que les conjointes ne profitent pas des services disponibles. Cependant, certaines des solutions apportées dépendent de la volonté de leur conjoint, comme par exemple informer les conjointes des problèmes de santé ou les inclure dans les soins.

5.2 L'accès aux soins

Offrir des services n'est pas suffisant, on doit donner les moyens de rendre ses services accessibles. La stigmatisation demeure un obstacle important à l'accès aux soins et service, mais ce n'est pas le seul. L'identité militaire, les valeurs et les croyances des militaires et de leur conjointe étant tellement à l'opposé du geste de demander de l'aide ceci rend l'accès aux soins et services d'autant plus difficile.

5.2.1 La médicalisation du TSPT

La construction sociale du TSPT s'est faite progressivement au sein de la communauté scientifique, la même chose s'est produite au sein des FAC. Depuis les 10 dernières années, les FAC ont porté une grande attention au TSPT, peut-être même trop, car maintenant ont associé systématiquement problème de santé mentale ou blessure de stress opérationnel à TSPT. Il semble également y avoir une surenchère entre les militaires sur la sévérité de leurs symptômes et le niveau d'incapacité créé par ces symptômes. Même dans la maladie ils doivent être « plus » malades, car cela prouverait selon eux, encore plus leurs sacrifices, leur blessure. De plus, on remarque que la multiplication des diagnostics n'est pas chose rare

surtout chez les militaires ayant reçu récemment leur diagnostic de TSPT. Une explication plausible serait l'augmentation des connaissances sur la comorbidité. On peut prétendre également que l'accommodation des militaires afin de leur accorder plus d'avantages est une des raisons expliquant la multiplication des diagnostics dans les dernières années. Comme certains le mentionnent, un diagnostic de TSPT permet d'avoir accès à certains avantages (financiers, accès aux soins offerts par les ACC, stigmatisme différent, car diagnostic lié à une composante interne plutôt qu'à un événement extérieur) versus un diagnostic unique de dépression majeure par exemple. De plus, rendre cet état comme un fait médical, en faire un trouble de santé mentale qui se traite avec des médicaments et une psychothérapie écarte et amenuise, voire éclipse l'aspect social derrière cet état. La socialisation, l'importance du contact avec l'uniforme en bas âge, la création d'une identité de militaire et l'intégration de valeurs propres à cette culture, les dynamiques relationnelles au sein des FAC (hiérarchisation, soumission, appartenance et exclusion) et l'effet que cela produit chez les militaires exposés à des événements potentiellement traumatisants. En rendant cet état un produit médical, donc individuel les FAC n'ont pas à remettre en question ou s'interroger sur leur manière de faire, les dynamiques relationnelles, etc. Pour les militaires et leur conjointe, la médicalisation du TSPT implique une entrée dans le monde médical. Cette incursion est synonyme d'apprentissage d'un nouveau vocabulaire, de nouvelles procédures et d'un stigmatisme de « non-normalité » qui nous rappelle les écrits de Goffman à l'égard de la stigmatisation et l'amorce de la carrière de déviant telle que décrite par Becker.

Pour plusieurs (militaires, conjointes, prestataires de services) tous les signes et symptômes sont le résultat ou la manifestation d'un TSPT. Par exemple, un militaire avec des excès de colère et faisant des cauchemars aurait de grandes chances d'être suspecté comme ayant un TSPT. Ce phénomène d'identification ressemble drôlement à comment le TSPT fût médicalisé au départ (identification de symptômes spécifiques et non spécifiques pour en faire un diagnostic). Le TSPT sert d'explication aux comportements du militaire diagnostiqué avec un TSPT. Ou encore, un militaire qui présente certains symptômes liés au TSPT est étiqueté comme ayant un TSPT, alors que ce n'est peut-être pas le cas. On se retrouve donc avec plusieurs « accusés à tort » et plusieurs « pleinement déviants ». Ces étiquettes ont un grand

effet sur les pleinement déviants, comme nous le constatons dans la présente recherche, mais nous en savons peu sur les accusés à tort. Il serait intéressant d'ailleurs de mener une recherche sur ce sujet.

5.2.2 L'étiquetage et la stigmatisation

Les répondants font partie d'une catégorie sociale nommée « militaire »; catégorie qui renvoie à une identité sociale particulière et qui comporte divers attributs préconçus à laquelle ils ne correspondent pas ou ne correspondent plus depuis qu'ils ont reçu un diagnostic de TSPT. Un diagnostic de TSPT étant contraire à ce que l'on s'attend d'un militaire, le diagnostic devient source de stigmatisme négatif. Ils se sentent *Outsider* comme le décrit Becker. Ce sentiment d'être Outsider nommé par les répondants dépeint un certain isolement et confirme les conclusions d'Hudon (2003) et d'autres chercheurs (Smith, B.N., Vaughn, R.A., Vogt, D., King, D.W., King, L.A et Shipherd, J.C., 2013; James, L.M., Van Kampen, E., Miller, R.D., et Engdahl, B.E., 2013; Rona, R.J., Jones, M., Sundin, J., Goodwin, L., Hull, L., et Wessely, S., 2012) qui démontrent que le soutien social lors de la mission ainsi que le soutien social reçu et perçu est un facteur important dans le développement et le maintien du TSPT. C'est la stigmatisation qui réduit en grande partie l'accès aux soins tant chez les militaires que les conjointes. La peur de plus être un « bon militaire », une « bonne conjointe de militaire » aux yeux des autres freine et décourage les gens de requérir aux services offerts. Il apparaît cependant que le stigmatisme et l'isolement vécu par le militaire et la famille prennent fin à un certain moment et que les stigmatisés se regroupent. Un processus, une carrière de déviance sont à l'œuvre.

5.2.3 La carrière de déviant

L'entrée dans un processus qui renvoie à la carrière de déviant définie par Becker est une avenue à explorer afin de comprendre le changement de sens du diagnostic au fil du temps. La carrière débutant par le stigmatisme du diagnostic et l'identification à catégorie autre que « militaire ». Le militaire est identifié comme déviant de ce que l'on attend d'un individu appartenant à la catégorie « militaire » ce qu'il l'amène à ressentir le poids d'un stigmatisme négatif. Ceux ayant reçu récemment un diagnostic de TSPT reconnaissent certains de leurs comportements comme faisant partie des symptômes du TSPT. Leur état de santé est

maintenant connu de certaines personnes, notamment leur médecin, les professionnels de la santé, certains prestataires de services et parfois leur conjointe. Le fait que leur état soit maintenant connu des autres accentue le sentiment de honte et la frustration liée au diagnostic causé par le stigmate dont ils sont porteurs. Leur identité s'en trouve changée et leur carrière de déviant bien amorcée. L'aspect récent, le choc du diagnostic ainsi que le contact avec le milieu militaire étant toujours très présent pour ceux qui sont toujours actifs au sein des FAC expliquent que le sentiment de honte et de frustration soit plus présent et intense que chez les répondants ayant reçu le diagnostic il y a plusieurs années et ayant quitté leur emploi de militaire. Les répondants ayant reçu le diagnostic de TSPT il y a quelques années ont donné un sens plus positif au diagnostic, ils ont acquis une nouvelle identité à travers leur carrière de déviant et ils s'identifient à un groupe quelconque qui est lié au TSPT et à l'armée (groupe de défense des droits des vétérans, groupe de moto de vétéran, groupe de soutien). Une nouvelle carrière de vie semble se développer pour ces derniers. Le diagnostic prend un sens tout à fait différent, il est maintenant vu et ressenti comme étant une preuve de leurs sacrifices et ils l'exposent avec un brin de fierté.

Par ailleurs, il nous est permis de croire à travers les entrevues réalisées que les premiers mois suivant le diagnostic son vécu avec intensité. La présence de la pensée dichotomique qui semble être présente chez tous les répondants avant que le diagnostic soit établi, pourrait-elle être un facteur prédisposant au développement d'un TSPT? Certains auteurs semblent aller dans ce sens lorsqu'ils parlent entre autres des mécanismes d'interprétation et des représentations cognitives qui ont une influence sur le développement du TSPT (Joseph, Williams & Yule, 1995; Joseph & Williams, 2005). Ces pensées qui sont très présentes chez ceux ayant reçu récemment un diagnostic de TSPT et qui s'atténuent considérablement après trois ans nous laissent à penser que ce type de pensée a été travaillé au fil du temps et des thérapies qu'ont suivi les répondants. De plus, comme mentionner précédemment le sentiment pour les répondants d'être des *Outsiders* apparaît ajouter une composante importante au développement du TSPT chez ceux-ci comme mentionner par divers auteurs (Hudon, A., 2003; Smith, B.N., Vaughn, R.A., Vogt, D., King, D.W., King, L.A et Shipherd, J.C., 2013;

James, L.M., Van Kampen, E., Miller, R.D., et Engdahl, B.E., 2013; Rona, R.J., Jones, M., Sundin, J., Goodwin, L., Hull, L., et Wessely, S., 2012)

.En résumé, certains indices nous permettent de penser qu'il existe un processus de carrière de déviant chez les militaires qui reçoivent un diagnostic de TSPT. Cependant, une recherche devrait être menée afin de vérifier cette hypothèse et décrire, s'il y a lieu, les étapes de ce processus avec d'avantage de précision.

Pour résumer la discussion, le sens donné au diagnostic de TSPT est lié à trois aspects chez les militaires; leur identité, leurs croyances et le regard des autres. Chez les conjointes le sens qui est donné au diagnostic est surtout lié à leurs croyances à l'égard de ce qu'est un militaire. Chose importante, pour les conjointes le diagnostic de TSPT est un soulagement, une explication de ce qui se passe depuis souvent, plusieurs années. Elles s'imposent de grandes responsabilités à l'égard de leur conjoint et leurs enfants et ressentent un grand manque de reconnaissance de la part de leur conjoint et des professionnels.

Les besoins exprimés par les militaires sont liés aux croyances, à l'identité, au regard des autres ainsi qu'au sens qui est donné au TSPT. Ils ont besoin que l'on reconnaisse leurs sacrifices, que nous les prenions en charge, mais comme eux le veulent, au cas par cas.

Les attentes et la satisfaction dépendent de plusieurs facteurs, dont l'identité, les croyances et les besoins. Ils s'attendent à être pris en charge, comme ils l'ont été tout le long de leur carrière militaire et ils s'attendent à être traités comme des personnes uniques qui méritent les meilleurs soins possible. Ils sont ambivalents lorsqu'ils s'expriment sur leur niveau de satisfaction à l'égard des services comme ils le sont face à l'idée qu'ils se font d'eux-mêmes. Ils proposent plusieurs solutions, mais elles sont très peu concrètes et très peu développées.

L'accès aux soins demeure difficile notamment en raison notamment de la stigmatisation toujours présente et l'entrée progressive dans une carrière déviante.

Le chapitre suivant propose des recommandations en lien avec les résultats obtenus et l'analyse de données.

Chapitre six : RECOMMANDATIONS

À la suite de cette recherche, nous sommes en mesure de proposer quelques stratégies à mettre en place avec une population semblable à celle que nous avons interrogée pour cette étude.

Recommandation I : Des faits clairs pour les nouveaux venus

Les répondants se sont engagés dans les FAC avec des motivations, des aspirations et des croyances basées sur des films, des histoires racontées par d'autres et des publicités. Les croyances des militaires comme nous l'avons démontré sont liées au sens donné au diagnostic de TSPT ainsi qu'aux attentes et besoins qu'ils manifestent lorsqu'un diagnostic de TSPT est posé. Afin de modifier ou nuancer les croyances à l'égard des exigences de la vie militaire, avoir un effet sur comment le TSPT pourrait être vécu et perçu, ainsi que sur les besoins et les attentes des futurs militaires, nous recommandons qu'avant l'enrôlement officiel et le début du cours de recrue les postulants sachent et comprennent les exigences et les effets la vie militaire pour eux-mêmes et leur famille. Cela pourrait être fait par le biais de lectures et vidéos informatifs à ce sujet. Ensuite, les postulants auraient à répondre à un examen et devraient élaborer des stratégies afin de prévoir comment ils feront face à ces défis particuliers compte tenu de leur réalité actuelle et future. Pour passer à l'étape suivante de l'enrôlement, on pourrait exiger un taux de réussite de 75 pour cent. De plus, il serait bénéfique d'offrir des cours du type « militaire 101 » pour les familles afin de leur parler de ce qu'implique la vie militaire pour eux.

Recommandation II : La résilience et la différence, des concepts base à inclure dans la formation

L'identité militaire se consolide lors du cours de recrue et constitue la base sur laquelle ils évolueront comme militaire. Il s'agit donc de l'endroit où ils implantent les valeurs communes, affermissent les croyances et développent l'esprit d'unité. Lors du cours de recrues au début de la formation des militaires, instaurer une section de cours où serait abordée l'importance d'accorder une place à parler, pleurer et avoir peur dans leur vie personnelle et

professionnelle. Expliquer en quoi c'est important et comment c'est important pour prévenir les troubles de santé mentale. Normaliser et valoriser toute la gamme des émotions. De plus, puisque les répondants ont tous parlé de leur sentiment d'être différent des autres une partie de la formation de recrue devrait aborder les différences entre les soldats et valider ces différences tout en conservant un but commun; la réussite de la mission et l'acquisition de valeurs communes. On y verra une augmentation de la tolérance et de l'appartenance, une diminution de la stigmatisation parmi les troupes et une meilleure unité afin de favoriser le travail commun. Parmi les différences qui devraient être normalisées, notons, les motivations d'enrôlement, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, la religion, les valeurs et les croyances. Nous considérons aussi que cette sensibilisation devrait faire l'objet de rappel sous forme de courts ateliers de trois heures avec des exercices individuels et en groupe, minimum aux 3 ans pour tous les militaires canadiens, les hauts gradés et les civils exerçant auprès des militaires.

Bien que fondamentalement les FAC soient une institution qui semble être totalitaire en plusieurs points, et que cette recommandation soit antinomique avec l'institution, nous la jugeons toutefois pertinente et essentielle. Elle permet de répondre aux besoins des militaires et leur conjointe, mais aussi peut-être d'éviter une explosion de diagnostics divers chez les membres des FAC. De plus, considérant les efforts effectués par les FAC dans les dernières années pour faire reconnaître certaines des différences des membres de l'organisation, nous pensons qu'il est possible de continuer en ce sens que si les actions et les changements de mentalité s'effectuent dès l'entrée au sein des FAC. Si nous sommes capables d'implanter des valeurs communes, des objectifs communs, il nous semble réaliste de penser que d'implanter des valeurs d'acceptation et de tolérance des différences est possible pourvu qu'elles le soient dès le début, lors du cours de recrues.

Recommandation III : La reconnaissance et l'empowerment

Le besoin de reconnaissance nommé par tous les répondants, militaires et conjointe doivent être abordés d'une manière ou d'une autre par les services offerts par les FAC. Le besoin que l'on reconnaisse d'une part leur sacrifice et d'autre part leur expertise face à leur vie et leur expérience de « militaire » et de « militaire blessé ». Ce que nous proposons comme mesure

est différent des programmes de reconnaissance déjà mis sur pied par les FAC. Ces programmes qui reconnaissent les sacrifices en offrant entre autres des rabais aux membres de la communauté militaire c'est très bien, mais il ne comble pas efficacement le besoin de reconnaissance puisque ce besoin demeure le plus exprimé et le plus criant.

Afin de reconnaître les sacrifices effectués par les militaires et leur conjointe nous proposons que des mesures soient prises afin d'alléger le fardeau que pèse sur eux en ce qui a trait à l'administration de leur dossier. Ce qui d'ailleurs crée un irritant majeur pour eux et complique grandement la prestation de soins et services. L'une des manières d'alléger le fardeau serait de créer des petits groupes de deux ou trois militaires diagnostiqués d'un TSPT, à chacun de ses groupes serait jumeler un militaire ou un vétéran bénévole afin d'accompagner et aider individuellement chacun des militaires diagnostiqués d'un TSPT à compléter les divers documents requis (demandes à ACC, passe de congé, prendre des rendez-vous, dresser une liste de choses à faire, etc.). Cet accompagnement personnalisé permettrait de reconnaître les forces et capacités des militaires tout en leur offrant l'aide et la reconnaissance qu'ils réclament. De plus, le besoin et les attentes de prise en charge par les répondants seraient comblés et adaptés ce qui par le fait même répond au besoin du traitement au cas pas cas nommé par plusieurs. Le bénévole établirait avec le militaire une entente qui stipulerait qui fait quoi, et d'explorerait avec lui qui sont les gens qui peuvent l'aider au besoin, à réaliser certaines des tâches qui lui seront destinées. Ceci sera différent pour chaque militaire rencontré, car leurs capacités et leurs besoins sont différents.

Cette mesure permettrait aussi de mettre de l'avant un concept utilisé entre autres en relation d'aide, l'empowerment, c'est-à-dire la prise de pouvoir sur notre vie. Une deuxième mesure, beaucoup plus subtile et s'adressant aux professionnels et aux prestataires de services serait de nommer, sous forme de reflets, aux militaires et aux conjointes, les sacrifices qu'ils ont faits, les coûts et dividendes de ces sacrifices pour eux et leur famille. Valoriser la responsabilité individuelle et l'empowerment ainsi que faire prendre conscience et normaliser l'égoïsme de toutes les décisions que l'on prend, même celle de se sacrifier. De plus, les professionnels et les prestataires de services vérifieraient régulièrement ce que les militaires et leur conjointe pensent de ce qui leur est proposé comme soins, par rapport à la « maladie » et aux

traitements, etc. Ils pourront ainsi participer réellement à leur rétablissement, leur expertise comme « malade » sera reconnue et entendue et des compromis pourront être possibles en matière de soins, objectifs, etc.

Recommandation IV : De l'information variée au sujet du TSPT

L'ambivalence existant chez les répondants et dans le domaine scientifique quant aux causes du développement du TSPT nous amène à penser que d'avoir des informations diversifiées permettrait une plus grande souplesse du sens donné au diagnostic de TSPT. Et ce, autant pour les individus diagnostiqués avec un TSPT que pour ceux évoluant autour de ceux-ci (famille, professionnels, prestataires de services). Nous proposons que des informations variées au sujet du TSPT soient diffusées incluant des informations provenant de l'anthropologie, de la sociologie, du service social et de la biologie afin d'élargir la vision que l'on a du TSPT. Mener les gens à considérer le TSPT entre autres comme un fait social pas seulement comme une maladie ou un trouble à traiter comme défini par la psychiatrie et la psychologie.

Ces informations pourraient être diffusées de différentes manières, parfois de manière succincte sur des sites comme Facebook ou l'accueil de la page du réseau intranet de la Défense, et parfois de manière plus élaborée dans des formations, des ateliers ou des articles de journaux dans les journaux militaires par exemple.

Recommandations V : La prévention, l'identification et le suivi

Cette recherche nous a permis de poser l'hypothèse que le sentiment d'être *Outsider* et que la présence d'une pensée dichotomique jouent un rôle dans le développement du TSPT. Certaines actions pourraient être mises en place afin de prévenir, peut-être plus efficacement, le développement d'un TSPT.

À l'aide des différents prestataires des services déjà en place tel que la Promotion de la santé, les COSP, l'aumônerie, etc. : a) d'identifier les militaires qui ne cadrent pas tout à fait, qui sont « trop militaires », isolés, différents, qui ont une perception négative des autres; b) les encourager à consulter soit avec les FAC ou avec le PAM; c) assurer un suivi après la référence; d) rendre obligatoire pour tous les militaires, les hauts gradés et les civils travaillant

auprès des militaires, la présence à des ateliers abordant des notions comme les distorsions cognitives, les biais cognitifs et les représentations sociales.

Recommandation VI : Le soutien social dans toutes les sphères

Puisque les résultats montrent une fois de plus que le soutien social joue un rôle dans le développement, le maintien et la réadaptation du TSPT, des stratégies doivent être adoptées afin de rendre le soutien social aux militaires et aux conjointes significatif pour eux.

Selon nous, le soutien social doit provenir de trois catégories distinctes : du monde militaire ou lié aux vétérans, du monde civil (public) et de la famille (ou des amis de longue date).

Le contact avec le monde militaire est important, car l'identité, les rôles et les expériences communes sont très significatifs pour les militaires et leur conjointe. D'une part, ceci leur évite d'avoir à expliquer les concepts de base du milieu, les acronymes, le mode de vie et le langage implicite. D'autre part, connecter avec des gens qui vivent à certains égards les mêmes choses qu'eux, comme un diagnostic de TSPT et faire partie des FAC est un besoin exprimé par plusieurs conjointes et militaires et qui a d'ailleurs été démontré dans le mémoire d'Hudon (2003). Les groupes de soutien de SSBSO notamment, répondent à ce type de soutien social.

Un soutien ou un contact social provenant de l'externe pour développer les autres aspects de l'identité de la personne, ses autres rôles, créer des liens avec d'autres personnes qui vivent des réalités semblables, mais en pas en lien avec les FAC ou la maladie. Par exemple, participer à des activités de quartier, des activités communautaires, siéger sur un conseil d'administration, faire partie d'une ligue de quelque chose, etc. Pour ce qui est l'aspect soutien, intégrer des militaires et des conjointes aux groupes existant déjà dans la communauté civile, comme les groupes pour les personnes vivant avec des troubles anxieux ou les associations des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (APAMM) seraient bénéfique pour que d'autres aspects de leur identité (parent, conjoint, professionnel, citoyen, étudiant, etc.) soient abordés et qu'ils puissent s'identifier aux autres qui ne font pas partie du monde militaire. Ceci répondrait au besoin surtout nommé par les conjointes de sentir que leur vie ne tourne pas exclusivement autour de leur conjoint et son diagnostic de TSPT, les professionnels devraient soutenir la participation à des activités sociales ou des groupes de

soutien extérieurs aux FAC. Nous pensons que les professionnels devraient soutenir les militaires dans leur engagement dans ce type d'activité pour favoriser une vision différente et positive d'eux-mêmes.

Le soutien provenant de la famille et des amis est essentiel, car il est le soutien quotidien. L'appartenance à un groupe familial ou amical est centrale pour plusieurs et constitue une source de projets, d'espoir et d'avenir. Le soutien offert par les amis et la famille doit être perçu comme aidant et les formes de soutiens offerts devraient minimalement faire l'objet de discussions entre les membres de la famille ou avec les amis, mais idéalement, un professionnel tel qu'un travailleur social devrait être impliqué auprès des familles et amis afin de favoriser une meilleure communication et un partage d'information entre les membres du réseau de soutien et le militaire.

Chaque catégorie de soutien favorise une identité plus complète, réaliste et une vision positive de soi-même.

Recommandation VII : L'inclusion des conjointes

Le besoin des conjointes d'être incluse dans les soins et services offerts à leur conjoint a été exprimé à plusieurs reprises. Cependant, pour des raisons éthiques et déontologiques ce besoin ne peut être comblé qui si le militaire y consent. Afin d'augmenter les chances que ce besoin soit comblé nous proposons qu'il soit systématique de discuter avec le militaire de la possibilité d'informer sa conjointe (ou sa famille) de sa situation et des services destinés aux familles. Il serait alors convenu avec le militaire de ce que l'on dit à sa conjointe. Les conséquences positives et négatives de ce partage d'information devront être explorées avec le militaire et l'intervenant devra tenir compte du sens qui est donné au TSPT par le militaire. Le militaire devra être sensibilisé aux effets du TSPT sur ses relations notamment sa relation conjugale et familiale. Du soutien en travail social serait indiqué en plus du soutien en psychologie afin de cibler spécifiquement l'aspect relationnel et social qu'implique un diagnostic de TSPT.

Recommandation VIII : Des services accessibles

Plusieurs des solutions proposées par les conjointes sont déjà mises en place depuis quelques années dans certaines régions du Québec (et du Canada). Notamment, la formation de professionnels sur le TSPT et l'intervention de crise, l'offre de programme pour les enfants sur le TSPT, des ateliers et formations pour les conjointes. Le fait que ces ressources ne sont pas ou peu utilisées ou carrément non-connues s'explique de deux manières : a) le manque de confidentialité et d'anonymat et b) la publicité peu efficace. Nous proposons d'une part que les services psychosociaux des CFRM soient localisés à l'extérieur de la base, voire même séparément des locaux du CFRM, afin d'augmenter le niveau d'anonymat et de confidentialité des services. Proposer des visites à domicile, offrir de l'intervention en ligne (par courriel ou via des logiciels comme Skype), des capsules informatives en ligne et offrir les services à des heures flexibles pourrait aussi augmenter l'utilisation des services psychosociaux et la participation aux ateliers, séances d'information, etc. Pour ce qui est de la publicité, des professionnels des communications devraient être embauchés afin de mettre sur pied des stratégies et un plan de communication efficace et rentable.

Recommandation IX : La communication, la coordination et l'équité

Plusieurs répondants ont exprimé des frustrations à l'égard du temps d'attente et du manque de communication entre le ministère des anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale. Des efforts sont faits afin d'améliorer la communication et diminuer les délais, cependant ces efforts ne sont pas suffisants pour répondre aux attentes des répondants. Une volonté réelle des ministères en question doit être démontrée notamment l'augmentation du personnel dans les deux ministères concernés. Ceci permettrait entre autres que l'échange d'information soit plus complet et efficace par l'ajout de rencontre en face à face. De plus, une augmentation du personnel permettrait que les agents puissent répondre plus rapidement aux demandes des militaires. Les méthodes et stratégies à privilégier afin d'offrir des services rapidement et un transfert d'information évitant ainsi aux militaires de constamment se répéter seraient à déterminer en équipe par les différents prestataires de services ayant à travailler avec les militaires faisant affaire avec les deux ministères.

De plus, bien que le ministère des anciens Combattants doive exercer un certain contrôle et établir des règles claires en matière de prestation de services et d'allocation financière ils doivent trouver une manière de faire en sorte que les allocations financières soient équitables pour les personnes diagnostiquées d'un TSPT et ayant droit aux services des ACC. Puisqu'être malade est plus payant que se rétablir, et que nous supposons que tous souhaitent se rétablir, nous devons penser à une manière de rendre le rétablissement intéressant financièrement aussi bien que mentalement. Notre manque de connaissance des différents programmes, prestations et fonctionnement d'ACC pour empêche de formuler une recommandation complète cependant, nous savons que les pensions d'invalidité sont allouées selon le pourcentage d'invalidité qui est reconnu par ACC.

Par exemple, quelqu'un étant invalide à 100pour cent reçoit 50 000 dollars¹⁰ par année d'ACC versus quelqu'un qui est invalide à 25pour cent recevra 12 500 dollars. Cette personne qui est capable de travailler, mais n'est pas capable d'occuper un emploi à temps plein et de manière satisfaisante se trouve nettement désavantagée financièrement. Ceci peut d'ailleurs entraîner une augmentation du stress et refragiliser l'état psychologique et fonctionnel de l'individu l'amenant à vivre une rechute et augmenter les symptômes de TSPT. Nous proposons donc qu'ACC implante une allocation permettant à tous de vivre avec le même salaire, peu importe le niveau d'invalidité de la personne. Par exemple, si le montant accordé est 50 000 dollars annuellement, une personne capable de travailler qui gagne 20 000 annuellement par lui-même recevrait 30 000 dollars d'ACC. Celui qui gagne 45 000, obtiendrait 5000 et celui qui n'a aucun revenu recevrait 50 000. Une plus grande équité permettrait selon nous une plus grande chance de rétablissement et moins de frustration de la part des militaires et leur famille qui doivent déjà composer avec beaucoup de stress et d'inquiétudes.

¹⁰ Les montants sont totalement fictifs.

CONCLUSION

Par le biais de cette recherche, nous cherchions à répondre à la question suivante : comment les services offerts par les FAC répondent aux besoins des militaires diagnostiqués d'un TSPT et aux besoins de leur conjointe? Nous avons effectivement pu répondre à cette question à travers les objectifs fixés. À cette question nous pouvons dire que les FAC répondent de manière peu adaptée aux besoins des militaires et leur conjointe. C'est-à-dire qu'ils répondent aux besoins de soins et de services, mais que ces soins et services ne correspondent pas toujours aux besoins exprimés et véhiculés par les militaires et leur conjointe. Notamment, les services offerts ne répondent pas adéquatement au besoin de reconnaissance et de prise en charge des militaires. Pour ce qui est des conjointes, elles se sentent exclues des soins apportés aux militaires et très peu reconnues dans leurs sacrifices et leurs souffrances.

L'objectif principal de cette recherche était d'évaluer la satisfaction des militaires et leur conjointe concernant les services reçus à la suite d'un diagnostic de TSPT. Cet objectif fut rempli et nous en venons à la conclusion que les militaires et leur conjointe sont très ambivalents face aux services reçus. D'ailleurs un peu comme ils le sont par rapport à l'image qu'ils ont d'eux-mêmes! Très peu de services utilisés ne recueillent de commentaires positifs et lorsque nous entamons avec eux une discussion sur les services reçus cela suscite chez les répondants de la frustration, de la colère et de la déception. La satisfaction quant aux services reçus est plus que mitigée et l'ambivalence caractérise l'opinion des militaires et des conjointes interrogées. Les services obligatoires comme les services de santé et les CISP ont des critiques sévères de la part des militaires et des conjointes. Les services non obligatoires sont peu utilisés, mais ceux qu'ils le sont recueillent, quant à eux, généralement des commentaires positifs. À la lumière de notre recherche, nous pouvons affirmer que la satisfaction à l'égard des services reçus serait en lien direct avec les attentes des militaires et des conjointes, de leur identité, de leurs croyances ainsi que de leurs besoins.

Les sous-objectifs que nous avons fixés ont également tous été atteints. Le premier objectif était de présenter les services qui sont offerts aux militaires et à leur conjointe lorsqu'une problématique de TSPT survient. Ce que nous avons fait à la section 4.2. Nous avons

d'ailleurs constaté que les services sont très peu connus surtout chez les conjointes. De plus, les services non obligatoires sont peu utilisés, autant chez les militaires que chez les conjointes. Pour les répondants, la stigmatisation et l'image qu'ils sont d'eux-mêmes par rapport à la demande d'aide sont les plus grandes barrières à la consultation et l'utilisation des services.

Le second objectif consistait à explorer le sens donné au diagnostic de TSPT par les militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe. Cet objectif fut réalisé et nous avons découvert que pour les militaires le sens donné au TSPT est influencé par leur identité de militaire, leurs croyances par rapport à eux-mêmes, aux autres, au diagnostic de TSPT et le regard des autres par rapport à eux et au diagnostic de TSPT. Chez les conjointes, le sens qui est donné au TSPT est influencé principalement par leurs croyances à l'égard du diagnostic et la construction de ce sens. Pour les conjointes, leur identité de conjointe de militaire et le regard des autres sont des composantes importantes de leurs perceptions et croyances à l'égard d'elles-mêmes. La stigmatisation influence grandement le sens donné au TSPT et cette stigmatisation limite les demandes de soins et de services, autant chez les militaires que chez les conjointes.

Le sens donné au TSPT change en fonction de divers facteurs qui sont à étudier davantage, mais notons tout de le même, l'influence du soutien social, du suivi thérapeutique et de l'employabilité. De plus, nous proposons que le sens qui est donné au diagnostic de TSPT change au fil du temps, et vraisemblablement comme une carrière de déviant. Nous suggérons d'analyser davantage cet aspect dans une recherche future. Le sens donné au diagnostic de TSPT est tout d'abord une honte, une faiblesse, un choc. Ensuite, le diagnostic devient porteur de sacrifice, en ce sens qu'il devient la preuve de leurs sacrifices en tant que « bon militaire ». Autant au départ, les militaires cachent leur diagnostic à leur proche (famille, enfants, amis) autant après quelques années ils le montrent ouvertement avec même une certaine fierté comme une blessure de guerre.

L'objectif suivant, soit de mieux comprendre les besoins des militaires diagnostiqués d'un TSPT et de leur conjointe a été rempli. Le besoin de reconnaissance de leurs sacrifices et leur expérience est nommé par tous les répondants. Les militaires partagent le besoin de prise en charge et les conjointes elles, partagent un besoin d'être incluse dans les soins offerts à leur

conjoint et d'être reconnues comme victime collatérale. Cela inclut notamment un accès à des soins et des services spécialisés pour elles et leurs enfants.

Nous avons également été en mesure de définir les attentes des militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe à l'égard des services offerts par les FAC ce qui remplit notre quatrième objectif. Nous avons réussi à définir ces attentes en plus d'arriver à mieux comprendre comment ces attentes sont créées. Les attentes des militaires et des conjointes sont produites à partir de leur identité de militaire, leurs besoins et de leurs croyances entre autres à l'égard du TSPT, du rôle et des responsabilités des FAC, des sacrifices qu'ils ont faits. Les militaires s'attendent à être encadrés et pris en charge par les prestataires de services. Ils s'attendent à être traités humainement, comme le souhaitent aussi les conjointes. D'ailleurs, celles-ci s'attendent à être informées de l'état de santé de leur conjoint et à être incluses dans les soins. Elles s'attendent à recevoir des services de professionnels formés et compétents. Les militaires et les conjointes utilisent des termes très vagues et peu définis pour parler de leurs attentes « traité humainement », « gros bon sens », « formé et compétent ». Nous avons également constaté que les militaires et leur conjointe souhaitent être traités au cas par cas, c'est-à-dire qu'ils souhaitent être traités de manière unique. Une plus grande prise en charge des tâches administratives est aussi une demande des militaires.

Le dernier objectif que nous avions était de formuler des pistes de solutions en matière de services offerts aux militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe. Nous avons rempli cet objectif. Malgré le fait que certaines recommandations proposées aillent à l'encontre de l'« institution totale » que semblent être les FAC. Certaines recommandations demandent des changements de mentalité profonds qui vont à l'encontre de l'institution totale qu'est l'armée. Une institution qui n'est pas démocratique ne peut prétendre accorder de l'importance à ce que les membres de cette institution disent, réclament ou vivent. Cette institution qui exige de nombreux sacrifices de la part de ses membres devrait se responsabiliser davantage pour les coûts humains, sociaux et psychologiques que ces sacrifices entraînent, notamment en écoutant avec le désir sincère de soutenir ses membres et leur famille et en posant des gestes concrets à cet égard. Trop souvent nous avons l'impression que lors des rencontres « d'examen de programmes » les rapports sont écrits avant les entretiens avec les principaux

intéressés. Nous croyons que ces recommandations sont essentielles afin de mieux répondre aux besoins des militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe, et peut-être même prévenir l'apparition d'autres cas de TSPT ou d'autres cas liés à la santé mentale.

Comme mentionné précédemment cette recherche nous a permis de repérer ce qui semble être une carrière de déviant chez nos répondants; carrière qui sera à étudier davantage afin de pouvoir la décrire en détail et comprendre comment elle peut influencer les besoins et les services à mettre en place par les FAC.

Cette recherche a également amené un certain nombre de questions auxquelles il serait important de répondre. Notamment, il faudrait une étude qui inclurait des officiers afin de comparer leur discours à celui des membres du rang. De plus, puisque les réservistes sont une classe à part, étudier si un sentiment de ne pas appartenir et d'être différent de la masse existe et si cela a un effet sur le développement d'un TSPT. Bien sûr, une recherche à plus grand déploiement serait souhaitable afin de pouvoir généraliser ces résultats et ainsi créer des programmes et des services qui sauront répondre aux besoins d'une plus grande proportion de militaires canadiens et leur famille.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed.). Washington, DC: Author.

Andreasen, N. (1995). Posttraumatic stress disorder: psychology, biology and the Manichean warfare between false dichotomies. *American Journal of Psychiatry*, 152, 963-965.

Becker, H. (1973). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, New York, NY: Free Press.

Berubé, A. (1990). *Coming Out Under Fire, the History of Gay Men and Women in World War Two*. New York, NY: A plume Book.

Blais, M., et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.

Bloom, F. et Lazerson, A. (1991). Le cerveau, la pensée et le comportement. Télé-Université, Université du Québec à Montréal.

Borrillo, D. (2001). L'homophobie. 2^{ième} édition. « Que sais-je ». Paris, France : Presses universitaires de France.

Boulos, D., et Zamorski, M. (2011) *Incidence cumulative du trouble de stress post-traumatique et d'autres troubles mentaux chez le personnel militaire déployé à l'appui de la mission en Afghanistan de 2001 à 2008*. Repéré sur le site des forces armées canadiennes : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/etude-incidence-cumulative-sommaire.page?>

Bracken, P.J. (2001). Post-modernity and post-traumatic stress disorder. *Social Science & Medicine*, 53, 733-743.

Brillon, P. (2007) *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : Guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal, QC : Les Éditions Québecor.

Briki, M. (2009). *Psychiatrie et homosexualité : Lectures médicales et juridiques de l'homosexualité dans les sociétés occidentales de 1850 à nos jours*. Paris, France : Presses Universitaires de Franche-Comté.

Chambre des communes, Comité permanent de la défense nationale, *Pour de meilleurs soins : Services de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique* (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, juin 2009).

Chan, C.L.W., Chan T.H.Y et Man Ng, S. (2006). The Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach to Resilience and Transformation (SMART). *Social Work in Health Care*, 43(2), 9-36.

Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Roitblat, H.L., et Muraoka, M.Y. (1994). Anger, Impulsivity, and Anger Control in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 827-832

Daigle, P. (2012). Rapport Spécial. *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*. Repéré sur le site de l'ombudsman de la défense nationale et des forces canadiennes :

<http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/fuf-csf/doc/fuf-csf-fra.pdf> Daigle, P. (2013). Rapport Spécial. Sur le front intérieur: Évaluation du bien-être des familles des militaires canadiens en ce nouveau millénaire. Repéré sur le site de l'ombudsman de la défense nationale et des forces canadiennes : <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/fr/ombudsman-rapports-statistiques-investigations-familles-militaires/familles-militaires-index.page>

Défense nationale et les forces armées canadiennes. (2015). Soutien aux blessés : Qu'est-ce que l'unité interarmées de soutien du personnel? Repéré à <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-soutien-soutien-aux-blesses/coordonnes.page>

Dekel, R. et Monson, C.M. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 303-309.

Department of Veterans Affairs - Department of Defense (2010). *Clinical Practice Guideline For Management of Post-Traumatic Stress*. Repéré à <http://www.healthquality.va.gov/PTSD-FULL-2010c.pdf>

Dover, M.A and Hunter Randall Joseph, B. (2008). Human needs. Dans *Encyclopedia of social Work* (20thEd.) (consulté en ligne). Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.

Dulac, G. (2001). *Aider les hommes aussi*. Montréal, QC: VLB éditeurs.

Fikretoglu D., Liu A., Pedlar D., Brunet A. (2010). Patterns and Predictors of Treatment Delay for Mental Disorders in a Nationally Representative, Active Canadian Military Sample. *Med Care*, 48(1), 10-17.

Fischer, G.N. (1987). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris, France : Dunod.

Galovski, T. et Lyons, J.A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the effect of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 477-501.

Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York, NY: Aldine de Gruyter.

Hudon, A. (2003). *L'état de stress post-traumatique : où le traumatisme prend tout son sens*. (Mémoire de Maîtrise). Université d'Ottawa.

Janoff-Bulman, R. (1985). The Aftermath of Victimization : Rebuilding Shattered Assumptions. Dans Figley, C.R. (Eds.), *Trauma and its Wake : The Study and Treatment of Post-traumatic Stress disorder* (15-35). New York, NY: Brunner/Mazel Publishers.

James, L.M., Van Kampen, E., Miller, R.D., et Engdahl, B.E. (2013). Risk and Protective Factors Associated With Symptoms of Post-Traumatic Stress, Depression, and Alcohol Misuse in OEF/OIF Veterans. *Military Medicine*, 178(2), 159-165.

Joseph, S. (1995). Psychosocial Perspectives on Post-Traumatic Stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515-544.

Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimering, R.T and Bender, M. (1985). A Behavioral Approach to Assessing and Treating Post-traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans. Dans Figley, C.R (Eds.), *Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. New-York, NY: Brunner/Mazel Publishers. p.257-294

Lajeunesse, S-L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R., et Camus, F. (2013). Les hommes de la région de Montréal : analyse de leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts. Montréal, ROHIM.

Lavoie, V., et al. (2009). État de Stress Post-traumatique chez les militaires : relations entre le soutien social, les stratégies d'adaptation et les symptômes concomitants. *Journal international de victimologie*, 19(7-1).

Lembcke, J. (1998). The « Right Stuff » Gone Wrong : Vietnam Veterans and the Social Construction of Post-Traumatic Stress Disorder. *Critical Sociology*, 24(37), 37-64.

Lincoln, Y.S. et Guba, E.G. (2007). Paradigms. Dans *Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Ritzer, George (ed). Blackwell Publishing.

En ligne 10 mars 2015

<http://www.sociologyencyclopedia.com/subscriber/tocnode.html?id=g9781405124331_chunk_g978140512433122_ss1-1>

Loriol, M. (2012). *La construction du social: Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.

Manguno-Mire G, Sautter F, Lyons J, Myers L, Perry D, Sherman M, Glynn S, Sullivan G (2007). Psychological distress and burden among female partners of combat veterans with PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2),144 –151.

Marin, A. (2001). *Rapport Spécial. Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT*. Repéré sur le site des publications du gouvernement du canada : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/D74-3-2001F.pdf>

Marin, A. (2002). *Rapport de suivi. Examen des mesures du MDN et des FC relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel*. Repéré sur le site des publications du gouvernement du canada : http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/dn-nd/D74-5-2002-fra.pdf

McFadyen, M. (2008). *Rapport Spécial. Un long chemin vers la guérison : le combat contre les traumatismes liés au stress opérationnel : Deuxième examen des mesures du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel*. Repéré sur le site de l'ombudsman des forces canadiennes : <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/osi-tso-3/doc/osi-tso-3-fra.pdf>

McLean, H.B. (2006). A narrative study of the spouses of traumatized Canadian soldiers (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (42456866)

Ministère de la défense nationale et les forces armées canadiennes. (2013). *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale : Groupe de Services de santé des Forces canadiennes – Une Évolution de l'Excellence*. Ottawa (ON). Repéré à <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/strategie-med-gen-sante-mentale-tdm.page>

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahier de recherches sociologiques*, 23, 147-181. doi: 10.7202/1002253ar

Pompili, M., Sher, L., Serafini, G., Forte, A., Innamorati, M., Dominici, G., Lester, D., Amore, M. et Girardi, P. (2013). Posttraumatic Stress Disorder and Suicide Risk Among Veterans: A Literature Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 802-812.

Richardson, L.K., Frueh, B.C. & Acierno, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: Critical review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 4-19.

Riggs, D. S., C. A. Byrne, et al. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 87-101.

Riopel, M. (2005). *Épistémologie et enseignement des sciences*. Repéré à <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.rim.epi>

Rona, R.J., Jones, M., Sundin, J., Goodwin, L., Hull, L., et Wessely, S. (2012). Predicting persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) in UK military personnel who served in Iraq: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1191-1198.

Rondeau, G., Mercier, G., Camus, S., Cormier, R., Gagnon, L., Gareau, P., et al. (2004). Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins : rapport du comité de travail en matière de préventions et d'aide aux hommes.

Satisfaction. (2015). Dans *Le Petit Robert*. Paris, France : Dictionnaires Le Robert.

Schwandt, T.A. (2007). Epistemology. Dans *Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Ritzer, George (ed). Blackwell Publishing.

En ligne 6 Mars 2015

<http://www.sociologyencyclopedia.com/subscriber/tocnode.html?id=g9781405124331_chunk_g978140512433111_ss1-56>

Scott, W. J. (1990). PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnoses and disease. *Social Problems*, 37(3), 294-310.

Sherman, M.D., Zanotti, D.K., et Jones, D.E. (2005). Key Elements in Couples Therapy With Veterans With Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 626-633.

Shilts, R. (1994). *Conduct Unbecoming, Gays and lesbians in the U.S. Military*. New York, NY: St-Martin's Griffin.

Smith, B.N., Vaughn, R.A., Vogt, D., King, D.W., King, L.A et Shipherd, J.C. (2013). Main and interactive effects of social support in predicting mental health symptoms in men and women following military stressor exposure. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(1), 52-69.

Statistiques Canada (2003), « Supplément de l'Enquête de 2002 sur la santé dans les collectivités pour les Forces canadiennes : santé mentale ». Repéré le 20 mai 2011 à <http://www.forces.gc.ca/health-sante/pub/rpt/mh-sm/survey-enquete-fra.asp#2>

Statistiques Canada (2014), « Enquête sur la santé mentale dans les forces canadiennes ». Repéré le 3 mars 2015 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2014001/article/14121-fra.pdf>

- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., & Forber, D.R. (1997). Full and partial post-traumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.
- Taft, C.T., Street, A.E., Marshall, A.D., et Dowdall, D.J. (2007). Posttraumatic Stress Disorder, Anger, and Partner Abuse Among Vietnam Combat Veterans. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 270-277.
- Tremblay, G., et L'heureux, P. (2002). L'intervention auprès des hommes : un modèle émergent d'intervention clinique. *Intervention* (116), 13-25.
- Trudel, L., Simard, C., et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches Qualitatives, Hors-série*,(5), 38-45.
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R.H., et Southwick, S.M. (2012). The Role of Coping, Resilience, and Social Support in Mediating the Relation Between PTSD and Social Functioning in Veterans Returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry*, 75(2), 135-149.
- Vincent, M. (2003). *La construction sociale du diagnostic d'état de stress post-traumatique* (Mémoire de maîtrise). Université d'Ottawa.
- Welzer-Lang, D., Dutey, P., Dorais, M. (1994). La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie. Montréal, QC : VLB éditeurs.
- Westwood, M., McLean, H., Cave, D., Borgen, W. & Slakov, P. (2010). Coming home: A group-based approach for assisting Canadian military veterans in transition. *Journal for Specialists in Group Work*, 35(1), 44-68.
- Witztum, E et Rotler, M. (2000). Historical and cultural construction of PTSD in Israel. Dans Shalev, A.Y., Yehuda, R. et McFarlane, A (Eds), *International handbook of human response to trauma* (p.103-114). New-York, NY: Springer US.
- Yarvis, J.S. (2011). A Civilian Social Worker's Guide to the Treatment of War-Induced PTSD. *Social Work in Health Care*, 50(1), 51-72.
- Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton, New-Jersey: Princeton University Press.
- Zatzick, D.F., Marmar, C.R; Weiss, D.S., Browner, W.S., et al. (1997). Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 54(12), 1690-1695

Annexe I

Profil des répondants; tableau détaillé

	1	2	3	4	5	6
Année du diagnostic de TSPT	2005	2005	2007	2010	2011	2012
Nombre de missions	2	4	6	4	6	1
Âge au moment des entrevues	47	45	52	40	52	37
Âge entrée dans FAC	22	21	18	18	20	28
Nombre d'année de service FAC	25	22	34	17	32	9
Année de libération (sortie des FAC)	2010	2008	2012	2012	na	na
Grade	caporal	sergent	caporal	caporal	adjudm	caporal
En couple	oui	oui	oui	oui	oui	non
enfants et âges	2(7 et 9 ans)	1(17 ans)	0	2(6 et 9 ans)	2(16 et 21 ans)	2 (10 et 13ans)
personne significative portant uniforme	oui	oui	non	oui	oui	oui
cadets adolescent	non	oui	oui	non	oui	non
Motivations						
action, voyage, aventure	X	X	X	X		X
être justicier					X	X
fraternité			X			X
qualité de vie (incl.salaire)	X					X
être un bon militaire c'est...						
aider et protéger	X	X	X	X	X	
entraîné et discipliné	X		X		X	X
faire preuve de leadership	X	X	X		X	

Annexe II

Tableau résumé des propos des conjointes

	1	2	3
Membre de la famille dans l'armée	Père et grand-père militaire		Trois frères militaires
Qu'est-ce qu'un militaire pour vous?	Un héros, quelqu'un qui travaille dans des conditions difficiles pour les autres et son pays	Quelqu'un qui protège les autres et son pays, qui aime se dépasser, performer.	Un héros, quelqu'un qui aide les autres et défend son pays
Le diagnostic de TSPT...	Soulagement car apporte des réponses et permet l'accès à des soins pour son conjoint et elle.	Apporte des réponses, des solutions. Permet de comprendre	Ça explique, ça rassure, ça permet de comprendre
Le stigmate associé au TSPT	Famille ne comprend pas pourquoi elle choisit de rester dans cette relation qui la fait souffrir elle et les enfants. Elle est donc responsable de sa souffrance, ne veut pas s'aider selon eux. Les services du CRFM s'adressent aux personnes dépendantes et non autonomes.	Puisque son conjoint vit le TSPT comme une honte, il ne veut pas qu'elle aille chercher de l'aide dans les ressources disponibles car elle pourrait être identifiée comme la femme de X	Son conjoint accepte d'en parler, donc c'est une bonne chose, mais elle sait que certaines conjointes ne parlent pas car leur conjoint ne veut pas. Pour elle, utiliser les services du CRFM s'est stigmatisant
Besoins	Être informé des conséquences possibles du TSPT sur la famille. Reconnaissance de sa souffrance et sa force. Réseau de soutien. Écoute et espoir.	Comprendre ce qui se passe, les effets du TSPT, réseau de soutien (savoir qu'elle n'est pas la seule à vivre cela), espoir. Parler d'autre chose que du TSPT, qu'on s'intéresse à elle.	Comprendre le TSPT. Reconnaissance de ce qu'elle vit et de l'aspect unique de son vécu. Prendre soins d'elle, qu'on s'intéresse à elle. Être comprise et rassurée.
Attentes	Être reçu comme un humain pas comme un numéro. Faire partie de l'équation dans les traitements de son conjoint	Que les familles soient incluses et informées de ce qui se passe dans la vie de leur conjoint, car cela a un effet sur la famille	Que les professionnels soient compétents et formés adéquatement sur le TSPT
Solutions	Inclure les conjointes dans les traitements liés au TSPT. Programmes spécialisés pour les enfants en lien avec le TSPT. Plus de formation aux professionnels, car ils ne savent pas comment agir avec les militaires diagnostiqués d'un TSPT et ils devraient assister à des rencontres avec des conjointes pour s'informer sur la réalité quotidienne et familiale du TSPT.	Personnel formé pour interagir avec des personnes vivant avec le TSPT. Plus d'information aux familles, groupe d'information au retour de mission. Quand le diagnostic est émis, informer la conjointe, offrir des services et recueillir leur point de vue sur la situation à la maison.	CRFM à l'extérieur de la base pour les services psychosociaux (plus grande intimité et confidentialité). Intégrer la conjointe aussitôt que le militaire va consulter. Plus de promotion de la part des FAC sur le TSPT, la santé mentale et les traitements possibles pour faire changer la mentalité. Ressources extérieures non militaires pour parler d'autre choses que le TSPT mais en même temps valider son expérience, ses pensées et légitimer ses émotions.

Annexe III

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : Concordance entre besoins et services : perceptions des militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe
Chercheuse : Audrey Gallant
Directeur : Simon Louis Lajeunesse

Institution, département : Université de Montréal, École de service social

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche.

Cette recherche est menée par Audrey Gallant, étudiante à la maîtrise en service social de l'Université de Montréal. Elle est dirigée par Simon Louis Lajeunesse docteur en service social et professeur associé à l'École de service social de l'Université de Montréal. Cette recherche porte sur les services offerts aux militaires des forces canadiennes diagnostiqués d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) et leur conjointe. L'objectif est d'analyser la satisfaction des militaires et de leur conjointe à propos des services qu'ils ont reçus. Plus particulièrement, a) définir quels sont les services qui ont été offerts aux militaires et à leur conjointe lorsqu'une problématique de TSPT est survenue; b) mieux comprendre les besoins des militaires diagnostiqués d'un TSPT et de leur conjointe; c) définir les attentes des militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe à l'égard des services offerts par les forces canadiennes; d) évaluer la satisfaction à l'égard des services reçus; et e) Formuler des pistes de solutions en matière de services offerts aux militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe.

2. Participation à la recherche

La participation à cette recherche consiste à participer à une entrevue semi-dirigée d'une durée approximative d'une heure. Lors de cette entrevue des questions vous seront posées portant sur les perceptions que vous avez du TSPT, de vos besoins et des services qui vous ont été offerts par les forces canadiennes. Voici deux exemples de questions qui pourraient vous être posés : Racontez-moi ce qu'est la vie d'une conjointe d'un militaire avec un TSPT. Parlez-moi des services qui vous ont été offerts en lien avec le trouble de stress post-traumatique.

3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Seuls Simon Louis Lajeunesse et Audrey Gallant auront accès aux données recueillies durant l'entrevue. Si vous donnez votre consentement à cet effet, les entrevues seront enregistrées et des notes écrites seront prises pendant l'entrevue par la chercheuse. Si j'accepte que mon entretien soit enregistré, l'enregistrement contenant notre entretien de même que la transcription écrite de celle-ci ne sera connu que par la chercheuse et le directeur de mémoire. Les enregistrements, les transcriptions des entrevues et le présent formulaire de consentement seront cryptés par un logiciel d'encodage (Stuffit) qui crypte les données à 128 bits, elles seront gardées sur l'ordinateur de la chercheuse. Les transcriptions imprimées seront détruites dans une déchiqueteuse à confettis. Les enregistrements et les transcriptions cryptés des entrevues seront détruits après sept années. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette date.

Acceptez-vous les conditions relatives à la confidentialité? _____ (répondre par oui ou par non)

4. Déclarations obligatoires

En vertu de la loi sur la protection de la jeunesse, si vous fournissez de l'information au sujet d'abus ou de la violence à l'égard des enfants, exercés par vous-même ou une autre personne, vous comprenez que la chercheuse sera dans l'obligation de dénoncer ces actes au Directeur de la protection de jeunesse. Vous pourrez appeler vous-même à la fin de l'entrevue en présence de la chercheuse ou elle le fera lorsque vous aurez quitté les lieux.

5. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous contribuez à l'amélioration des services offerts pour les militaires diagnostiqués d'un TSPT et leur conjointe. Votre participation à cette recherche pourra également vous donner l'occasion de mieux vous connaître et de donner votre opinion sur un sujet qui vous concerne personnellement.

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. La chercheuse a annexé une liste des ressources gratuites mise à votre disposition et pourra vous offrir de faire de l'aiguillage avec un service et vous accompagner si vous le souhaitez pour vous référer à une personne compétente afin de vous offrir du soutien. Si en cours d'entrevue vous ne vous sentez pas capable de continuer, vous pouvez mettre fin à celle-ci. Si la chercheuse constate que vous êtes incapable de poursuivre l'entrevue, elle pourra y mettre fin sur-le-champ.

6. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libres de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis seront détruits.

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche, ou pour me retirer de la recherche, je peux communiquer avec Audrey Gallant, chercheuse, au numéro de téléphone suivant : [REDACTED] ou à l'adresse courriel suivante : [REDACTED]

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés.)

Annexe IV

Grille d'entrevue pour les militaires

Thème : Culture militaire

Comment êtes-vous devenu militaire dans les forces armées canadiennes?

Que veut dire être un militaire des forces canadiennes pour vous ?

En quoi ressemblez-vous ou non au modèle de militaire que vous aviez au départ?

Thème : Trouble de stress post-traumatique

Comment en êtes-vous venu à consulter?

Thème : Besoins

Racontez-moi ce qu'est la vie d'un militaire diagnostiqué d'un trouble de stress post-traumatique?

(vie de couple, image, soutenance, enfants, engagement...)

Thème : Services

Parlez-moi des services que vous avez reçus en lien avec le trouble de stress post-traumatique.

Quelles étaient vos attentes à l'égard de ces services?

Parlez-moi des services que votre conjointe a reçus.

(comment s'est passée la demande de services)

Grille d'entrevue pour les conjointes

Thème : Culture militaire

Qu'est-ce qu'un militaire pour vous?

Où situez-vous votre conjoint par rapport à la définition que vous faites de ce qu'est militaire?

Thème : Trouble de stress post-traumatique

Que pensez-vous du diagnostic que votre conjoint a reçu?

Thème : Besoins

Racontez-moi ce qu'est la vie d'une conjointe d'un militaire avec un TSPT

(vie de couple, image, soutenance, enfants, engagement...)

Thème : Services

Parlez-moi des services que vous avez reçus en lien avec le TSPT de votre conjoint.

Vous auriez aimé que l'on vous offre quels services?

Parlez-moi des services que votre conjoint a reçus en lien avec le TSPT.

(comment s'est passée la demande de services)

Annexe V

Insignes de grade et de Fonction des Forces canadiennes

Grades	Marine royale canadienne	Armée canadienne / Aviation royale canadienne
Officiers généraux	Amiral (am)	Général (gén)
	Vice-amiral (vam)	Lieutenant-général (lgén)
	Contre-amiral (cam)	Major-général (mgén)
	Commodore (cmdre)	Brigadier-général (bgén)
Officiers supérieurs	Capitaine de vaisseau (capv)	Colonel (col)
	Capitaine de frégate (capf)	Lieutenant-colonel (lcol)
	Capitaine de corvette (capc)	Major (maj)
Officiers subalternes	Lieutenant de vaisseau (ltv)	Capitaine (capt)
	Enseigne de vaisseau 1re classe (ens 1)	Lieutenant (lt)
	Enseigne de vaisseau 2e classe (ens 2)	Sous-lieutenant (slt)
Officiers subordonnés	Aspirant de marine (aspm)	Élève-officier (élof)
Militaires du rang supérieurs	Premier maître de 1re classe (pm 1)	Adjudant-chef (adjuc)
	Premier maître de 2e classe (pm 2)	Adjudant-maître (adjum)
	Maître de 1re classe (m 1)	Adjudant (adj)
	Maître de 2e classe (m 2)	Sergent (sgt)
Militaires du rang subalternes	Matelot-chef (matc)	Caporal-chef (cplc)
	Matelot de 1re classe (mat 1)	Caporal (cpl)
	Matelot de 2e classe (mat 2)	Soldat (sdt)
	Matelot de 3e classe (mat 3)	Soldat recrue (sdt (recrue))

<http://www.forces.gc.ca/fr/honneurs-histoire-insignes/grade.page>

Annexe VI



Faculté des arts et des sciences
Vice-décanat à la recherche

No de certificat : CERFAS-2012-13-019-D

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES (CERFAS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

TITRE : *Concordance entre besoins et services offerts: Perceptions des militaires diagnostiqués d'un trouble de stress post-traumatique et leur conjointe.*

REQUÉRANTS : **GALLANT, Audrey**, (██████████) étudiante à la maîtrise en service social, École de service social.

sous la direction de :

LAJEUNESSE, Simon Louis, professeur associé, École de service social.

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CERFAS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CERFAS.

Selon les exigences éthiques en vigueur, **un suivi annuel est minimalement exigé afin de maintenir la validité de ce certificat**, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi peut être consulté sur la page Web du CERFAS.

██████████
Comtois, Claude, président
Comité d'évaluation déléguée

Date de délivrance : 2012/05/01
AAAA/MM/JJ
Date d'échéance* : 2013/05/01
AAAA/MM/JJ